

ANNÉE 1936

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

152

PAR

Louis-Maurice-Gustave GAVAUDAN

Né le 18 Mai 1908, à Villeneuve-les-Béziers

Interne de l'Hôpital Départemental de la Seine

Diplômé de l'Institut de Médecine Légale et de Psychiatrie de l'Université de Paris

Contribution à l'étude
des
Péritonites aiguës d'origine salpingienne

Président de Thèse : M. TANON, Professeur d'Hygiène

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—
1936



ANNÉE 1936

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis-Maurice-Gustave GAVAUDAN

Né le 18 Mai 1908, à Villeneuve-les-Béziers

Interne de l'Hôpital Départemental de la Seine

Diplômé de l'Institut de Médecine Légale et de Psychiatrie de l'Université de Paris

Contribution à l'étude des Péritonites aiguës d'origine salpingienne

Président de Thèse : M. TANON, Professeur d'Hygiène

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	
ladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiqu.s	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	N.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	BEZANÇON.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	HOVELACQUE.
dulte	MULON.
Professeurs sans chaire.....	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUÉJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE Guy.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SÈNEQUE.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.
Hydrologie.....	BEZANÇON Justin.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.....	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	N.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ABRAMI.
ALAJOUANINE.
AUBERTIN.
BRULÉ.
CHABROL.
CHIRAY.
DONZELOT.
DUVOIR.
LIAN.
PASTEUR-VALLERY-
RADOT.
SEZARY.

Clinique
médicale

MM.
BASSET.
BROcq.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER
MOURE.
QUENU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique
chirurgicale

MM.
ECALLE
GUENIOT.
LE LORIER.
LEVY-SOLAL.
METZGER.

Clinique obstétricale..

V. — CHARGÉS DE COURS

Education physique.....	MM. CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie.....	FREY.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MON GRAND PERE

Le Docteur Louis GAVAUDAN

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A MON PERE

Le Docteur René GAVAUDAN

ANCIEN AIDE DE CLINIQUE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A MA MERE

A MA FEMME

A MA FILLE ARLETTE

A MON FRERE PIERRE

ETUDIANT EN PHARMACIE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MA SŒUR GENEVIEVE, A MON BEAU-FRERE

A LEURS CINQ ENFANTS

A Monsieur le Professeur ROUVIERE

PROFESSEUR D'ANATOMIE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qu'il trouve ici l'expression de
notre respectueuse reconnais-
sance pour l'accueil qu'il nous
fit dans son laboratoire.*

A Monsieur le Docteur GARRELON

CHEF DES TRAVAUX PRATIQUES DE PHYSIOLOGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A Monsieur le Professeur TANON

PROFESSEUR D'HYGIÈNE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MEDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour le grand honneur qu'il nous
fait en présidant cette thèse.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Professeur SERGENT
Monsieur le Professeur LEJARS (*in memoriam*)
Monsieur le Professeur LENORMANT
Monsieur le Professeur GUILLAIN
Monsieur le Professeur COUVELAIRE
Monsieur le Professeur HARVIER
Monsieur le Professeur agrégé MILIAN
Monsieur le Professeur agrégé CHEVALLIER
Monsieur le Docteur DE MASSARY
Monsieur le Docteur SUREAU .

A NOS MAITRES A L'HOPITAL DEPARTEMENTAL DE LA SEINE

Monsieur le Docteur Henry Français
Monsieur le Docteur Raymond FRANCAIS
Monsieur le Docteur François DAINVILLE
Monsieur le Docteur Marcel SENECHAL

A NOS MAITRES DE L'INSTITUT MEDICO-LEGAL

Monsieur le Professeur BALTHAZARD
Monsieur le Professeur H. CLAUDE
Monsieur le Professeur DUVOIR
Monsieur le Professeur PIEDELIEVRE
Monsieur le Docteur DERVIEUX
Monsieur KOHN-ABREST
Monsieur le Docteur CEILLIER

Au Docteur Robert BOURROULEC

*Nous le remercions d'avoir guidé
nos débuts dans la Chirurgie.*

A MES CAMARADES DE SALLE DE GARDE

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Notre intention est d'étudier sous ce titre les péritonites aiguës généralisées consécutives aux salpingites, en nous limitant aux inflammations de ces organes, dûes aux germes banaux, laissant de côté en particulier les accidents aigus de la tuberculose annexielle.

Seul exemple dans l'Anatomie, la séreuse abdominale est en rapport avec le milieu extérieur. Cette communication se fait par l'intermédiaire du canal des trompes, se continuant par la cavité utérine et le vagin. Les occasions d'infection du tractus génital féminin sont multiples. Il n'est pas besoin de rappeler la fréquence des salpingites, le nombre des femmes hospitalisées pour des affections annexielles est plus éloquent que les statistiques. Lawson-Tait faisant allusion à cette disposition anatomique défavorable sous ce rapport, et à la fréquence des inflammations de ces organes n'estimait-il pas que « 50 pour 100 des femmes atteintes de salpingite vivent comme si elles étaient sur une poudrière ? »

Pendant longtemps, il semble que l'on n'a retenu

que les péritonites dues seulement aux ruptures traumatiques des poches salpingiennes purulentes. Des observations très démonstratives en ont été publiées. Elles sont restées peu nombreuses, il n'y a pas lieu de s'en étonner, ces ruptures étant dûes à une cause occasionnelle, fortuite, au seul hasard.

Ensuite, dès 1900, Lejars décrit les salpingites gangréneuses et perforantes. Plus tard, en 1924, Huet insiste sur les péritonites dûes aux perforations inflammatoires des pyosalpinx. Les salpingites gangréneuses et perforantes, les perforations de pyosalpinx font entrer dans la pathogénie de cette complication des salpingites des notions nouvelles qui, ajoutant au facteur occasionnel un facteur évolutif, augmentent la fréquence des péritonites relevant de cette cause. Malgré cela, et « étant donné le nombre des salpingites, écrit Sabadini, en 1928, on ne peut que s'étonner du petit nombre de cas de cette complication des salpingites ». Car, dans toute la littérature, il n'en relève que 150 cas, 100 jusqu'en 1924, le reste de cette époque à 1927.

Notre but dans ce travail, qui se fonde sur 17 observations personnelles recueillies au cours de notre internat dans le service de notre maître, le Docteur Raymond Français, à l'Hôpital Départemental de la Seine, et sur 58 observations publiées récemment, est de montrer que les péritonites aiguës généralisées, d'origine salpingienne, ne sont pas uniquement le fait des ruptures ou des perforations des pyosalpinx. Que l'évacuation dans le péritoine du contenu septique des

trompes enflammées peut se faire à un moment quelconque de l'évolution d'une salpingite. Et cela quelle que soit sa variété anatomique, que ce soit une forme kystique, c'est-à-dire un pyosalpinx, ou une forme non kystique, c'est-à-dire une salpingite catarrhale ou purulente.

Bien que l'on ne se soit attaché jusqu'ici qu'aux ruptures ou aux perforations de pyosalpinx, nous avons pu voir qu'une péritonite peut être aussi souvent provoquée par l'issue du pus à travers le pavillon non oblitéré des trompes, ou encore par propagation de l'infection au travers des parois tubaires. C'est ainsi que, dans les 17 observations que nous rapportons, nous avons rencontré un cas de péritonite dûe à une rupture de pyosalpinx, trois cas à une perforation, alors que dans six cas elle était dûe à l'issue du pus à travers le pavillon non oblitéré des trompes, et dans sept cas à la propagation de l'infection au travers des parois tubaires.

Nous comprenons donc sous ce titre les cas où *l'inoculation de la grande séreuse abdominale se fait par des germes non spécifiques, provenant des annexes enflammées, quel que soit le mécanisme par lequel se fait cette inoculation.*

HISTORIQUE

Ce sont des observations de péritonite par rupture de pyosalpinx qui ont été publiées pour la première fois en 1868-1875-1883 par Lawson-Tait. C'est à Bardel que revient l'honneur d'avoir, en 1883, soutenu la première thèse sur ce sujet. A cette même époque Pozzi faisait paraître le 4^e Edition de la « Pathologie et Traitement des maladies des ovaires » dans laquelle il en indiquait la gravité. En 1892, P. Delbet fait une communication à la Société Anatomique de Paris sur « les ruptures de Pyosalpinx », et réunit dans son « Traité des suppurations pelviennes chez la femme » 40 observations de péritonites dues à des ruptures de pyosalpinx, et à l'irruption du pus dans le péritoine par l'ostium abdominale. Rochet, en même temps, publie un cas de rupture spontanée de pyosalpinx. La remarquable thèse E. Reymond sur la « Bactériologie et l'Anatomie Pathologique des Salpingo-ovarites » parue en 1895, éclaire de nombreux points d'étiologie et de pathogénie. Krien, dans sa thèse, en fait le diagnostic à propos de la « rupture des salpingites purulentes simulant l'hématocèle ». Dans leur

« Traité médico-chirurgical de Gynécologie », en 1898, F. Labadie-Lagrave et F. Leguen, en précisent le traitement.

A l'Etranger, cette question est traitée dans les leçons cliniques de Bernutz et d'Aran. En Amérique, Boldt en relate 6 cas en 1889, Mc Glinn 1 cas en 1894, Oleson 2 cas la même année. En Allemagne, Wittemberg, en 1893, passe sa thèse sur « un cas de pyosalpinx rompu dans le péritoine ». Sartorius, 3 ans plus tard, soutient la sienne à Strasbourg sur « La technique opératoire des pyosalpinx perforés. »

Jusqu'en 1900 s'élabore ainsi, avec le concours de ces auteurs une nouvelle question de chirurgie d'urgence. L'attention des chirurgiens est maintenant attirée vers cet accident, et, comme c'est le traumatisme qui est réputé en être la cause principale, de nombreuses publications voient le jour à l'occasion d'observations personnelles. Depuis, sont publiées en France et à l'Etranger les observations les plus typiques de péritonite par rupture traumatique de pyosalpinx. Par Mann en 1907, dans *American Journal of Obstetrics*; Cotte et Challier en 1907, encore dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*; Mary, dans sa thèse en 1908; Latzko en 1909 dans *Zentralblätt für Gynækol*; Echols en 1910 dans *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, dans la même gazette Halpenny et Gorrel en 1911 publient une des premières statistiques sur la fréquence de cette complication et, en 1913, Brickner dans « *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Chil-*

dren » écrit un article intitulé « La rupture des pyosalpinx n'est pas un accident rare. »

Dans les Sociétés Savantes cette question est fréquemment à l'ordre du jour. Lejars fait en 1905 une communication à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie sur les « Salpingites gangréneuses et perforantes » pathogénie nouvelle des péritonites d'origine salpingienne.

Huleux, Proust et Mascarenhas, Chevassu en 1907, 1909, 1910, rapportent à la Société Anatomique de Paris des observations de péritonites généralisées par rupture ou fissuration de pyosalpinx. En 1908, Brindeau communique à la Société d'Obstétrique de Paris, 3 observations de salpingites ayant entraîné la mort à la suite d'avortement.

Bonney publie en 1909 un mémoire dans lequel il peut rassembler 45 cas, Brickner en 1912 collige 91 observations. A dater du Congrès des Chirurgiens Allemands à Berlin en 1909 et du Congrès de Chirurgie de Paris en 1911, cette complication tient une large part dans les discussions des statistiques des causes de péritonites.

Grâce à ces nombreuses et savantes contributions, la notion des péritonites d'origine salpingienne est bien divulguée, mais la diffusion ne se fait que parmi les chirurgiens, les praticiens ne faisant pas encore entrer cette éventualité dans les diagnostics d'urgence abdominale à côté des grandes causes classiques, bien que ceux-là ne la considèrent-ils encore que comme un accident rare, et ne survenant que dans des cas très particuliers.

L'excellente étude que fait paraître Huet en 1924, dans le Journal de Chirurgie, replace cette question dans l'actualité. Celui-ci, à l'occasion de 2 nouvelles observations, reprend la question en s'attachant à faire la discrimination entre les péritonites par rupture de pyosalpinx, et celles dues à une perforation salpingienne, établissant une différence essentielle entre l'étiologie, la pathogénie, l'évolution et la gravité de ces deux formes. Dorénavant cette conception, sur laquelle insisteront à leur tour Lenormant, dans un article de la Presse Médicale en 1927, Lapcyre, dans la Revue de Gynécologie et d'Obstétrique en 1928, soutenue par Prévost et Pétroff dans leurs thèses, est adoptée par tous les chirurgiens.

Jusqu'ici on ne trouve dans la totalité des observations l'examen bactériologique pratiqué que 9 fois. La thèse de Lübke parue à Hambourg en 1923 vient combler cette lacune, dans les 34 observations recueillies de 1900 à 1924 à l'Hôpital de Hambourg Eppendorf, Lübke donne le résultat de 21 examens bactériologiques.

Actuellement, c'est la question du traitement que s'attachent à résoudre les chirurgiens. Si l'accord est fait sur l'urgence qu'il y a à pratiquer la laparotomie, on discute encore sur la conduite à tenir vis-à-vis des annexes et de l'utérus. D'un côté P. Duval communique en 1928 et 1934, à la Société Nationale de Chirurgie, une très belle statistique de 26 cas opérés dans son service suivant le principe : ablation génitale minima mais nécessaire. De l'autre, Lenormant donne

la préférence à l'hystérectomie totale, tandis que Sabadini, partisan de la méthode conservatrice, expose son opinion dans deux mémoires, dans la Revue de Chirurgie en 1928 et dans la Presse Médicale en 1932 et apporte les résultats de cette conduite opératoire dans une communication qu'il fait avec Constantini à la Société Nationale de Chirurgie en 1934, avec une statistique de 10 cas.

A leur suite les chirurgiens suivent l'une ou l'autre technique. La tendance générale étant cependant orientée vers les méthodes les plus conservatrices.

CHAPITRE I

ETIOLOGIE

Considérées par rapport aux salpingites dont on connaît bien la fréquence, ces péritonites peuvent sembler être un accident assez rare. Huet ne retrouve qu'une centaine d'observations publiées jusqu'en 1924, le Professeur Lenormant en 1927, sur 560 salpingites opérées dans son service, n'en note que 5 à l'état de rupture. En 1928, Sabadini n'en retrouve que 150 cas.

Toutefois, nous pensons que ces chiffres ne nous donnent pas une idée exacte de la fréquence de cette complication. Il a suffi, grâce à des mémoires remarquables, que cette question vienne à l'ordre du jour, pour que le nombre des publications de ces cas augmente considérablement. Alors que Huet n'en rassemble que 100 cas sur une période de 50 ans, en 4 ans 50 nouveaux cas voient le jour. De plus, depuis l'article de Sabadini, Constandulaki en 1930, apporte dans sa thèse 8 cas nouveaux et en collige 37 autres, Prévost,

en 1931, publie 4 observations personnelles, Pétroff, dans une thèse récente inspirée de Cadenat a pu réunir 102 observations françaises. Dans les Sociétés Savantes, le Professeur P. Duval publie une statistique de 26 cas opérés dans son service. Huet complète la sienne avec 10 nouveaux cas ; Michon en opère 7 dans 14 mois ; Constantini et Sabadini en ont 10 à leur actif.

D'ailleurs, comme le fait justement remarquer Prévost, « la fréquence de cet accident augmente si on le rapporte non plus à sa cause, la salpingite, mais à son résultat, la péritonite ». Déjà, en 1911, Halpenny et Gorrel signalaient cette cause 4 fois sur 26 cas de péritonite diffuse aigüe. Dans la même statistique du Professeur Lenormant, nous voyons que sur 61 péritonites aigües de causes diverses, 5 relèvent d'une rupture tubaire suppurée, et l'on ne saurait estimer à combien de femmes l'intervention a évité cette complication, sur les 560 opérées de salpingite, en ne s'en tenant qu'à cette statistique.

Sur 449 cas de péritonites évoquées, en 1909 au Congrès de Berlin, Rehm trouvait 61 péritonites d'origine annexielle, ce qui donnait à cette cause de péritonite la seconde place après l'appendicite. Dans la statistique scandinave de Bauer, elles viennent au troisième rang après l'appendicite et les ulcères perforés : 10 ruptures de pyosalpinx pour 115 péritonites appendiculaires, et 13 perforations d'ulcères gastroduodénaux. Au Congrès de Chirurgie de 1911 à Paris, où la question des péritonites aigües était à l'ordre

du jour, cette cause est retrouvée fréquemment par Auvray qui, dans son rapport, indique sur 34 cas de péritonites aiguës :

19	cas d'origine	appendiculaire
7	—	génitale
2	—	stomacale
2	—	typhique
2	cas consécutifs à une	contusion de l'abdomen
1	cas de cause	inconnue.

et par Lecène qui, sur 56 cas, trouve :

46	cas d'origine	appendiculaire
2	—	annexielle
1	cas par tentative d'avortement	criminel
1	cas par perforation	biliaire
1	cas consécutif à une	entérite aiguë
2	par perforation d'ulcère	gastro-duodénal.

L'opinion actuelle de Mondor, est que ces péritonites sont aussi fréquentes que celles dûes aux perforations des ulcères gastro-duodénaux.

L'argument de fréquence ne doit donc pas être négligé dans la discussion d'un diagnostic délicat, lorsque les causes les plus habituelles de péritonites ne peuvent être invoquées, c'est-à-dire une origine appendiculaire ou gastro-duodénale, l'on devra s'attacher à rechercher une origine salpingienne.

Si, comme le prétend Huet, l'âge des malades ne semble jouer qu'un rôle très accessoire dans l'étiologie de cet accident, du moins lorsqu'il est consécutif à une rupture de pyosalpinx, il n'en est pas de même, pensons-nous, lorsqu'il se produit sous une influence inflammatoire.

Dans les observations colligées par Huet, la plus jeune malade avait 13 ans, la plus âgée 59 ans. Nous avons trouvé cette notion précisée 60 fois dans les observations les plus récentes que nous avons trouvées (68 observations publiées ces dernières années, et nos 17 observations personnelles).

Dans 2 cas les malades étaient âgés de moins de 20 ans

— 15	—	—	—	20 à 30 ans
— 24	—	—	—	30 à 40 ans
— 19	—	—	—	40 à 50 ans

**

Depuis le moment où elle débute, jusqu'au terme de son évolution, de nombreuses causes peuvent entraîner l'extension au péritoine de cette infection qui, bien qu'au contact immédiat du péritoine, était restée localisée à la trompe.

Devenue une tumeur kystique purulente intra-pelvienne ou intra-abdominale, une salpingite peut se rompre sous l'influence d'un traumatisme, la violence s'exerçant immédiatement sur la tumeur. Dans un certain nombre d'observations où la rupture s'est produite à la suite de l'application directe du traumatis-

me sur la paroi abdominale où par le vagin, cette action ne paraît pas douteuse.

Il en était ainsi dans les observations de Boldt, Link, Echols, où la rupture fut consécutive à un coït. Dans celles de Legueu, Brickner, un pyosalpinx se rompit au cours d'un examen gynécologique (2 et 3 fois dont 1 fois sous anesthésie générale, qui l'a peut-être favorisé en supprimant la défense de la paroi). Au cours de manœuvres abortives dans celles de Mc. Monagle, Béverly, Chevassu. Après l'accouchement, par l'action qu'exerce sur les trompes adhérentes en position haute l'utérus qui se rétracte (Mary, Mann). Pendant le travail dans 6 observations. Sous l'influence d'un purgatif (huile de ricin : Rochet, P. Duval). Au cours d'efforts de défécation (Brickner), d'exercices physiques (Boldt, Link), en montant un escalier.

Aux accidents survenant dans ces conditions, Huet réserve le nom de ruptures. Dans ces cas l'accident est directement mécanique, la rupture suivant immédiatement le traumatisme agissant sur un pyosalpinx jusque-là méconnu qui contient souvent un pus stérile, ces formes étant la plupart du temps refroidies.

« Mais, dans d'autres cas, le traumatisme n'a eu qu'une action retardée, c'est 2 ou 3 jours plus tard que son effet s'est manifesté. Son rôle n'a plus été direct et mécanique, et l'on admet communément qu'il a provoqué une exaltation de virulence du contenu tubaire, qui même suppuré, est souvent peu septique dans les salpingites anciennes. (Bovée, Proust et Mascarenhas). »

Cette action de réchauffement, d'un pyosalpinx à virulence atténuée, par le traumatisme se retrouve dans d'autres observations. Latzko rapporte des cas où une rupture survint à la 9^e séance d'applications de ventouse de Bier sur le col, ou de curage digital. Récemment Haller communiquait devant la Société des Chirurgiens de Paris une observation où sa malade suivait un traitement physiothérapique depuis une quinzaine de jours, chez un spécialiste électro-gynécologue.

Mais il est des cas, et ils sont les plus nombreux, où l'on ne retrouve pas un traumatisme à l'origine de ces accidents, le traumatisme expliquant soit la rupture, soit une reprise de l'infection. Dans la majorité des cas, seule une exaltation de l'infection jusque-là refroidie et « passive » peut expliquer l'apparition de cette complication. A une autre époque on les a désignées sous le nom de rupture spontanée (Bonney 1909, Dupré 1927).

Pour les autres salpingites non kystiques, salpingites purulentes ou interstitielles, la reprise de l'infection ou un nouvel apport de germes dans des trompes restées perméables a leurs orifices, et dans leur calibre, suffit à la provoquer. On ne peut invoquer alors que les circonstances ou les causes qui provoquent ou favorisent les phénomènes inflammatoires. Une gonococcie aigüe dans une observation de Godard. Lejars a publié deux observations de « salpingites gangréneuses et perforantes ». Il ne s'agissait pas de pyosalpinx volumineux ; les trompes ne dépass-

saient pas le volume du petit doigt : « l'une était occupée à son extrémité externe par une perforation arrondie, de bords frangés et noirâtres, d'où sortait un liquide purulent et sanieux; l'apparence était tout à fait celle d'un appendice perforé. »

Dans d'autres cas, ce sont les phénomènes congestifs précédant l'apparition des règles comme dans nos observations VIII et XII, ou du début de la grossesse, chez une femme ayant présenté auparavant des poussées de salpingite, comme dans notre observation XIII, ou encore au début d'une salpingite. La malade de notre observation VI n'était en poussée aiguë que depuis deux jours, à l'intervention, on trouva une poche salpingienne de petit volume qui était rompue. Celle de notre observation II avait été prise 15 jours plus tôt de douleurs avec vomissements et traitée depuis ce moment-là pour salpingite par son médecin traitant.

Dans d'autres cas encore la reprise de l'inflammation des annexes se fait après un accouchement ou un avortement. Mary, dans sa thèse, cite l'observation d'une jeune fille de 16 ans qui, après un accouchement normal fit le soir même, une péritonite par perforation d'une trompe grosse « comme un boudin ».

Brindeau a rapporté à la Société d'Obstétrique trois cas de rupture après avortement, dans lesquelles on ne peut invoquer qu'une infection accrue ; nous avons retrouvé cette même étiologie dans notre observation V, où la malade fit une nouvelle poussée de salpin-

gite aigüe, 15 jours après un curettage pour fausse-couche de trois mois.

Enfin, des cas ont été publiés où ni un traumatisme, ni une recrudescence d'une infection préexistante ne peuvent être invoqués. Ainsi, l'observation de Pozzi, où la torsion d'un pyosalpinx pédiculisé avait préparé une rupture. Celle de Haller, où la même cause, une torsion de pyosalpinx pédiculisé, avait provoqué une perforation, ainsi que celle de Sabadini où « la trompe droite, légèrement dilatée, était tordue autour de son pédicule ».

PATHOGENIE

La surdistension des trompes par le pus qui s'accumule dans leur cavité, peut-elle entraîner leur rupture ? Par des expériences sur le cadavre, Delbet avait tenté autrefois de montrer par quel mécanisme se produisent les ruptures. Cet auteur, injectant du liquide sous pression, dans le calibre des trompes, en déterminait la rupture. Mais les faits ainsi acquis par l'expérimentation ne nous sont d'aucuns secours pour expliquer les ruptures pathologiques. Sur le cadavre, la trompe saine ne se laisse pas distendre au-delà du volume d'un crayon, et lorsqu'on injecte un liquide qui n'altère par la paroi, la rupture se produit toujours en bas, c'est-à-dire entre les deux lames du mésosalpinx. Dans ces cas, jamais les ruptures ne se font du côté de la séreuse, parce que l'accumulation de liquide qui se produit dans une trompe sous l'influence de la maladie, n'est en rien comparable à celle que l'on produit par une injection brutale. Ces conditions expérimentales sont d'ailleurs réalisées « in vivo » par l'injection intra-tubaires de lipiodol dans un but diagnostique. M. Lenormant s'étant livré à une enquête, n'a

jamais retrouvé de cas où le lipiododiagnostic des affections utéro-annexielles, ait déterminé une rupture salpingienne.

Comme le dit Gonsolin, les modifications de la paroi tubaire sont les premiers en date, et le liquide n'est que le produit de cette paroi altérée. L'épanchement et la transformation de la paroi marchent d'un pas égal, et l'on ne conçoit pas comment la tension du contenu pourrait arriver à faire éclater le contenant dont il n'est que le produit. Une pression de 12 à 15 c/m de Hg. que l'on trouve dans les artères, est insuffisante pour amener l'éclatement de la trompe ; il est peu vraisemblable que la rupture soit due à la pression du sang dans les vaisseaux. L'on pourrait, à la rigueur, penser que des contractions énergiques de la trompe pourraient momentanément élever la pression pour produire ce résultat. Mais ces contractions ne peuvent être d'une grande force ; on n'a jamais constaté d'augmentation des fibres musculaires.

« Ce qui paraît certain c'est qu'il ne s'agit pas le plus souvent de l'accident mécanique et d'explication simpliste de l'éclatement par surdistension, mais ou d'une infection surajoutée ou exaltée, ou d'un sphacèle de la paroi tubaire par une plaque de gangrène, ou d'un traumatisme... ».

Cotte et Chalier ont indiqué en 1907, dans la Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale, les lésions préparatoires qui, plus que la surdistension font

que la moindre cause occasionnelle semblera déterminer une rupture préparée peu à peu par un processus ulcéreux ou une gangrène à marche excentrique. Même dans les observations où l'action du traumatisme est évidente (Legueu, Brickner, Chevassu), il est difficile d'admettre des causes purement mécaniques. Delbet et, avec lui Gonsolin, invoquaient deux mécanismes : 1°) les altérations préalables des parois. 2°) les adhérences qui immobilisent un organe ordinairement mobile. Lorsque le traumatisme est d'une force suffisante pour dépasser les limites de résistance des parois altérées d'une poche salpingienne qui, immobilisée par des adhérences, ne peut fuir sous l'action du choc, ces parois se rompent, laissant s'échapper dans la cavité abdominale le pus qu'elles contenaient. A l'inspection de l'organe, on découvre, soit une fente longue de quelques centimètres parfois, orientée suivant un un méridien de la tumeur, soit une déchirure plus petite, à bords irréguliers, parfois même et sans que pour cela le traumatisme soit plus important, un véritable éclatement de l'organe à bords déchiquetés. La péritonite qui s'ensuit est immédiate et n'est pas plus grave, malgré l'inoculation massive du contenu du pyosalpinx, ce contenu étant le plus souvent aseptique. Si le traumatisme n'est pas assez violent ou n'est pas directement appliqué sur la périphérie de la tumeur, il peut toutefois, sans la rompre, entraîner une recrudescence de l'infection. Pour cette raison, la péritonite survient tardivement et, est le fait d'une perfo-

ration de la trompe, et non d'un éclatement sous l'effort du traumatisme. Cette péritonite, succédant à une nouvelle poussée inflammatoire, est plus grave, bien que le pus épanché par une perforation d'un très petit diamètre ne soit pas abondant.

Mais cette pathogénie d'ouverture des pyosalpinx dans le péritoine ne peut s'étendre à tous les cas. En particulier aux ruptures des collections salpingiennes après l'accouchement, qui, d'après Kingston Fowler, Lewers, Lawson-Tait, est une cause prédisposante de première importance.

Kingston Fowler a trouvé, en trois ans, à l'Hôpital de Midlessex, 15 cas de pyosalpinx, dont 8 ont entraîné la mort par péritonite après accouchement. Les signes de péritonites ont éclaté dans les deux ou trois jours qui suivirent l'accouchement, la rupture ne s'étant jamais faite au moment du travail, mais pendant l'involution de l'utérus. Celui-ci, en se rétractant, tiraille sur les trompes qui sont restées fixées en position haute. C'est ce même mécanisme qu'indiquait Mann dans une observation où l'abaissement de l'utérus par la pince de Museux, détermina la rupture d'un kyste tubaire, suivie d'une péritonite mortelle. La torsion agit de la même manière que le traumatisme, en entraînant soit une exaltation du contenu tubaire qui, par un processus ulcératif au niveau des tuniques muco-musculaires de la trompe, établira une communication entre l'intérieur du kyste purulent et le péritoine, cette perforation pouvant être dûe, en dehors de la flambée inflammatoire, à la

chute d'une plaque de gangrène par ischiémie des parois de la poche.

Lorsqu'il s'agit, non plus de pyosalpinx, mais de salpingites purulentes aiguës, l'oblitération de la trompe peut n'avoir pas eu le temps de se faire, et le pus se déverse alors dans le péritoine par l'ostium abdominale, en même temps qu'il s'écoule dans la cavité utérine par l'ostium utérinum. C'est avant tout dans les péritonites gonococciques que l'on trouve ce mécanisme. « Elles sont assez souvent l'explosion même de la maladie pouvant survenir peu de jours après le coït septique ou l'inoculation accidentelle et semblant précéder toute grave infection tubaire ; même dans ces cas, la trompe n'a d'ailleurs pas été toujours le simple canal de passage permettant au gonocoque de gagner le péritoine ; elle est déjà elle-même infectée dans ses tuniques, mais il n'y eut pas de pyosalpinx préalable ; de la vulve au péritoine, le gonocoque a pu progresser et mettre le feu sans rencontrer de barrage... elles éclatent brusquement, et comme si de la vulve au péritoine, la route du gonocoque avait été lisse, sans obstacle, sans les ralentissements, les barrières qu'apportent au contraire les infections gonococciques chroniques ; il s'agit assez souvent de l'inoculation de fraîche date d'une jeune fille, d'une jeune mariée ou d'une courtisane. » (Mondor).

Quand au mécanisme des péritonites consécutives aux salpingites interstitielles, elles peuvent s'expliquer par la migration microbienne aux travers des

parois, arrivant à former des petits nodules purulents (observation Chevassu) inoculant le péritoine par une perforation ne dépassant pas la grosseur d'une tête d'épingle ou d'une lentille. Dans les observations de Delore, publiées par Cotte et Chaliér, les lésions étaient plus marquées sur les tuniques internes de la trompe que sur les tuniques externes, de sorte que la perte de substance affectait une disposition infundibuliforme comme dans l'ulcère de l'estomac. La marche excentrique des lésions faisant que le péritoine ne réagit pas, en formant autour de la trompe des adhérences. Ou encore l'inoculation de la grande séreuse se faisant de la même façon que dans certaines appendicites par lymphangite transpariétale. L'on est bien forcé d'admettre un pareil mécanisme dans certaines péritonites, dans lesquelles, à l'examen des organes les plus fréquemment en cause, l'on ne trouve aucune autre cause possible qu'une trompe légèrement augmentée de volume, avec un mésosalpinx rouge et congestif, une séreuse environnante dépolie, de la sérosité dans l'abdomen et des anses intestinales rouges et dilatées, ou des lésions salpingiennes et péri-salpingiennes plus avancées avec agglutination d'anses intestinales à la trompe, le tout recouvert de fausses membranes. C'est ce que nous avons pu voir dans nos observations I, II, V, VII et IX. Nous avons recherché dans 85 observations récentes le mécanisme précis par lequel s'est fait la péritonite. Dans les 61 cas où ce mécanisme est indiqué, nous avons trouvé :

30 cas où la péritonite était consécutive à une rupture.

10 cas où la péritonite était consécutive à une perforation.

14 cas où la péritonite était consécutive à l'issue du pus par le pavillon des trompes.

7 cas où la péritonite était consécutive à la contiguïté d'une salpingite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Cet accident survenant le plus souvent chez des femmes d'un âge moyen (de 30 à 40 ans dans notre statistique), ayant toutes un passé génital particulièrement chargé, il n'est pas étonnant de rencontrer à l'intervention, des lésions annexielles très étendues et les plus variées. Pour Huet, leur bilatéralité est habituelle; dans son mémoire de 1924 il ne trouve que trois fois une lésion unilatérale. Dans 48 observations que nous avons étudiées à ce sujet, 30 fois les lésions étaient bilatérales. Dans 24 cas la cause de la péritonite était à droite; dans 18 cas elle était à gauche, et dans 6 cas les deux côtés étaient en cause. Une fois, la malade avait eu déjà une péritonite d'origine salpingienne (Costantini); deux malades avaient eu antérieurement une castration unilatérale pour annexite. Dans notre observation VIII (Dr. Français) la malade qui avait été opérée en juin 1926 d'une grossesse extra-utérine gauche, est opérée en Janvier 1927 de péritonite aigüe d'origine salpingienne du côté droit.

Bien que, comme nous l'avons déjà dit, toutes les formes anatomiques de salpingites puissent entraîner

une péritonite, ce sont les pyosalpinx que l'on rencontre le plus souvent à leur origine. Dans 61 cas, nous avons trouvé : 43 pyosalpinx pour 18 salpingites non kystiques. Leur volume est variable, certaines sont énormes, atteignant la grosseur du poing, le diamètre d'un poignet, d'une petite aubergine, d'autres sont comparées à un œuf, à une mandarine, les plus petites étant « grosses comme une prune », sans que l'on puisse dire que les plus grosses exposent davantage aux accidents de ruptures ou de perforations. Souvent, même, la trompe n'est que légèrement dilatée, ou de volume sensiblement normal, alors que le pus se déverse abondamment par leur pavillon.

L'utérus présente en général une muqueuse tomenteuse, épaissie de métrite, mais en dehors de ces lésions banales, accompagnant toute annexite ou tout avortement, nous avons noté dans plusieurs cas des lésions plus intéressantes.

Dans l'observation I de Michon (S.N. de Chirurgie, 27 Janvier 1934) l'état de l'utérus « ramolli » contenant des débris placentaires, a conduit à pratiquer une hystérectomie; dans l'observation II, « en enlevant la trompe gauche, il constate que l'utérus est très friable et se déchire comme du carton mouillé. » Dans l'observation VI, l'utérus encore très friable, rend l'hystérectomie très difficile. Dans d'autres cas, c'est l'existence de fibrome. Ainsi, dans l'observation II de Planson (S. des Chirurgiens de Paris, 1 Juillet 1930), l'utérus présentait deux petits fibromes sous-péritonéaux, ayant chacun le volume d'une pomme

d'api; dans l'observation II de Michon (loc. cit.) un myome sous-muqueux était « absolument putréfié ». Dans deux observations Hamant et Charles (observ. VI et VII. Gyn. et Obst. Nancy, 1928) signalent « gros utérus fibreux adhérent à l'intestin, au-dessous trompe gauche rompue, et « fibrome recouvrant une trompe droite rompue ». Desbonnets (Gyn. et Obst. Lille, 1930) « utérus fibromateux avec cinq ou six noyaux de la grosseur d'un marron ». Bien que ces lésions ne semblent pas jouer un rôle dans la rupture, leur présence entraînant une exérese plus large qu'une simple salpingo-ovariectomie, aggrave de ce fait le pronostic.

Si l'appendice a été parfois trouvé englobé dans le foyer, dont la trompe est le centre (observation de Dudley, ou l'appendice était perforé comme la trompe; (observation VII de P. Duval) S. N. de Chirurgie, 20 Juillet 1929, pyosalpinx droit perforé, avec un appendice accolé à la poche salpingienne) le plus souvent il est mis heureusement hors de cause par les chirurgiens qui ne s'arrêtent pas aux minimes réactions inflammatoires existant à son niveau, et vont chercher ailleurs la véritable cause de la péritonite.

La solution de continuité est tantôt une fissure, simple fente linéaire sur la convexité de la poche, sans écartement des bords, par où le pus s'écoule en petite quantité, « en bavant », tantôt une rupture avec des bords déchiquetés, ou encore un éclatement de la poche, entraînant une véritable inondation péritonéale de pus et de sang. Dans la majorité des cas la fissure

ou la rupture se fait à la partie externe de la trompe, si bien que dans certains cas on peut se demander si le pus fait issue par une solution de continuité pathologique, ou bien par l'ostium abdominale. La déchirure à bords nets siège au point de la convexité la plus amincie, contrastant avec l'épaisseur et l'aspect charnu du reste des lésions. La perforation siège en un point variable, mais le plus souvent dans la région ampullaire de la trompe, elle a une forme arrondie, ses dimensions varient depuis celle d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de cinquante centimes, atteignant rarement le diamètre d'une pièce de cinq francs (Gonsolin). Elle est entourée d'une zone d'aspect sphacélique, nécrotique, témoignant d'une ischiémie limitée en rapport soit avec une torsion tubaire (Pozzi, Sabadini, Haller), soit avec une gangrène limitée par thrombose inflammatoire des vaisseaux de la paroi. Les lésions de la paroi sont plus marquées sur les tuniques internes, que sur les tuniques externes, de sorte que la perte de substance affecte une disposition infundibuliforme, comme dans l'ulcère de l'estomac. Elles consistent en infiltration œdémateuse de la paroi, la rendant très friable, en petits abcès interstitiels aboutissant à un ramollissement de la paroi.

Dans les salpingites gangréneuses et perforantes, les trompes ne dépassent pas le volume du petit doigt; « l'une était occupée à son tiers externe par une perforation arrondie, de bords frangés et noirâtres, d'où sortait un liquide purulent et sanieux; l'apparence

était tout à fait celle d'un appendice perforé. » (Lejars).

La marche excentrique des lésions faisant que le péritoine ne réagit pas en faisant des adhérences, l'absence de revêtement épiploïque ou intestinal, est cause de la généralisation et de la rapidité de la péritonite, quand elles est dûe à une rupture ou à une perforation. Les lésions consistent soit : en congestion péritonéale avec distension des anses intestinales, avec placards fibrineux, soit en envahissement de toute la cavité coelomique par du pus. Huet trouve un ventre plein de pus une heure et demie après le début des accidents. Constandulaki, quatre heures après. A la dix-septième heure on trouve des fausses membranes; à la vingt-huitième le pus envahissait tout l'abdomen, jusqu'à la région sous-hépatique. Dans les péritonites dûes aux autres mécanisme, l'inoculation du péritoine étant moins massive, fait que l'intervention est pratiquée moins précocement, pour ces raisons, les lésions du péritoine et de l'intestin sont vues à un stade très avancé. Dans notre observation I, la malade, vue 4 jours après le début d'un ileus, présente des anses intestinales considérablement augmentées de volume, le tout est agglutiné et couvert de fausses membranes. Dans l'observation II, malade opérée 15 jours après les premières douleurs et les premiers vomissements « On découvre dans le petit bassin un énorme pyosalpinx recouvert d'anses intestinales agglutinées. »

Comme la plupart des auteurs, nous avons à regret-

ter de ne pouvoir donner l'examen bactériologique du pus recueilli au niveau des trompes, au moment de l'intervention. Dans la statistique de Lübke nous trouvons 21 examens sur 34 observations; dans la presque totalité des observations parues jusqu'en 1924, Huet ne trouve cet examen pratiqué que 9 fois. En 1934, Costantini et Sabadini publient 10 observations avec 5 examens bactériologiques; en 1930, Desbonnets publie une observation avec 1 examen.

L'épanchement a été aseptique 2 fois sur 9 cas (Huet), 5 fois sur 21 (Lübke), 3 fois sur 5 (Costantini et Sabadini). En réunissant ces statistiques on peut établir la fréquence et la virulence de ces germes.

Le colibacille était en cause 8 fois; le streptocoque 6 fois, et le gonocoque 5 fois; le staphylocoque 2 fois, dans l'observation II de Planson les accidents sont apparus au décours d'un gros anthrax; le bacille d'Eberth, le bacille de Friedländer, l'association colistrepto, un diplocoque non identifié, une fois chacun. L'épanchement a été stérile à la culture 10 fois. Le germe le plus virulent est le colibacille : 8 cas, 5 morts, puis vient le streptocoque, 5 cas, 3 morts. Les autres microbes se sont montrés bénins. Le gonocoque en particulier, n'a donné lieu à aucune péritonite mortelle.

CHAPITRE II

SYMPTOMES

Les symptômes de cet accident sont d'emblée dramatiques et graves, ils joueraient, a-t-on dit, sur une autre scène, le même drame que la perforation gastrique.

Le premier en date est la douleur. Douleur subite, violente, le coup de poignard péritonéal de Dieulafoy. Son siège, rarement pelvien, est dans la majorité des cas hypogastrique ou iliaque. Une douleur haute, sus-ombilicale et même thoracique, a été exceptionnellement signalée. Quand elle siège à droite, elle est fréquemment confondue avec une douleur d'origine appendiculaire, et l'opérateur, parfois, pensant devoir diriger son action vers l'appendice, a pu commencer son intervention par une incision iliaque. Au début, avant qu'elle ne se généralise à tout l'abdomen elle irradie quelquefois vers les fosses iliaques, ou vers la région lombaire.

Peu après le début de la douleur apparaissent les vomissements qui sont constants.

Lorsque l'état de la malade permet un interrogatoire précis, l'on apprend que depuis quelques jours des pertes blanches abondantes sont apparues, ou bien qu'elle pensait à un retour de ses règles, celles-ci irrégulières, étant toujours très douloureuses au début. « Mais, disait une de ces malades, jamais les autres fois, la douleur n'a eu cette acuité ». D'autres sont actuellement traitées pour une première crise, ou pour une rechute de salpingite (observations I, II, VI), ou bien indiquent dans leurs antécédants gynécologiques, une fausse-couche (nous avons pratiqué un curettage pour fausse-couche chez notre malade de l'observation V, qui fit une péritonite un mois et demi plus tard), ou un accouchement dont les suites ont été compliquées. Une malade de Costantini avait déjà été opérée de péritonite d'origine salpingienne; une autre de Haller avait subi une salpingectomie pour annexite gauche; celle de notre observation VIII avait été opérée six mois auparavant de grossesse extra-utérine. L'interrogatoire permet encore de préciser les circonstances particulières dans lesquelles sont apparus ces phénomènes douloureux.

Ainsi cette malade de Sabadini, chez laquelle se déclare une péritonite après une chute d'un premier étage; celle de Michon, qui présente un tableau typique de péritonite généralisée deux heures après une injection vaginale donnée à l'hôpital par une infirmière; celle de Haller qui, soignée depuis quelque

temps, pour une double annexite d'origine mixte post-abortive et gonococcique, est prise d'une douleur très vive, en coup de poignard, après une séance de traitement physiothérapique, chez un spécialiste électro-gynécologue; ou encore celle de Mondor qui fait une péritonite par perforation de pyosalpinx, à la suite d'application intempestive de radiothérapie sur un fibrome « du volume d'une grenade ».

D'autres fois, malgré un interrogatoire très serré on ne peut découvrir le moindre incident génital dans le passé de certaines malades. Ce sont, en particulier, ces « péritonites à développement si rapide qu'elles paraissent le premier épisode blennorragique » qui sont, comme le dit toujours Mondor, « l'explosion même de la maladie, pouvant survenir peu de jours après le coït septique ou l'inoculation accidentelle, et sembla précéder toute grave infection tubaire ». C'est ainsi que se présentait cette malade de Cotte :

« Il s'agit d'une jeune femme de vingt six ans, mère de famille qui, le 29 Avril dernier, quitta le foyer conjugal pour se jeter dans les bras d'un ami qui la courtisait depuis quelque temps. Elle eut des rapports avec celui-ci le 29 Avril et le 30. A partir du 1^{er} Mai, l'apparition de ses règles vint mettre fin à ces relations extra-conjugales. Cela avait suffi, du reste, pour que cette femme fût contaminée par le gonocoque. Dès le cinquième jour, avant même qu'il y eut un écoulement vaginal ou uréthral, elle fût prise d'une douleur abdominale gauche qui s'étendit bientôt à tout le ventre. Dans la nuit qui suivit, la malade eut

des vomissements bilieux abondants avec un peu de diarrhée. La température était de 38°5. Les choses allèrent en empirant vite, et quarante huit heures après, la malade était emmenée d'urgence à mon service, avec tous les signes d'une péritonite aigüe. »

En découvrant cette malade, on s'aperçoit que son ventre, immobile, ne suit pas les mouvements respiratoires. L'abdomen est plat, chez les malades à parois peu épaisses, on le voit parfois excavé. Une palpation, très prudente, très douce, car le moindre atouchement, la plus petite pression la fait gémir, permet, outre cette hypéresthésie cutanée, de se rendre compte de la rigidité de la paroi abdominale. Si l'examen est pratiqué tout au début des accidents, on trouvera cette contracture plus marquée dans une fosse iliaque, ou sur la ligne médiane, au-dessus de la symphise pubienne. Jamais nous n'avons trouvé signalé la disparition de la matité hépatique.

L'état général est grave. Les traits sont tirés, les yeux cernés de bistre, le corps couvert de sueurs moites. D'une voix cassée elle nous dit son angoisse et sa crainte d'une mort prochaine. Le pouls est faible, rapide, battant aux environs de 120, 140. La tension est basse. Elle est dans un état de lypothymie, qui arrive parfois jusqu'à la syncope. Avec des frissons la température monte rapidement à 38°, 39°. Des nausées continuelles avec parfois des vomissements, achèvent de l'exténuer.

Bref, on se trouve devant une péritonite généralisée avec un début soudain, une douleur d'abord localisée,

parfois des antécédents génitaux méritant d'être pris en considération. Déjà le clinicien espère que le toucher vaginal va lui permettre de recueillir des éléments qui lui permettront de préciser la cause de cette péritonite.

Des cas ont été publiés où cette exploration seule a suffi à poser le diagnostic. Nous voulons parler de ces observations publiées par Pozzi, Legueu, Brickner, où une poche annexielle se rompit pendant un examen gynécologique. L'affaissement subit d'une tumeur qui venait immédiatement auparavant d'être perçue fit penser qu'une poche venait d'être crevée et s'était vidée. Ou encore dans les cas où l'on ne retrouve plus à un nouvel examen, une masse annexielle reconnue à des examens antérieurs (Mann, Lhouer, Legueu, Lenormant). On n'a voulu reconnaître une valeur au toucher vaginal que dans ces seuls cas particuliers. « Il ne semble pas donner les renseignements que l'on pourrait en espérer, ni pour le diagnostic de la cause de la péritonite, ni pour la localisation de la rupture. » dit Constandulaki, car si l'on sent une masse annexielle, c'est en général du côté non rompu. Dans quatre observations publiées par Lapeyre, la trompe, au moment de l'intervention, était encore aux trois quarts pleine, et si, pour cette raison « le signe de l'affaissement de la poche n'est point chose fatale », la discrimination des lésions par le toucher est encore plus problématique car « si la salpingite se perfore lors d'une poussée évolutive, utérus et annexes forment une masse diffuse impossible à déchiffrer » (Lapeyre).

En dehors de ce signe pathognomonique et rare, de « l'affaissement subit d'une tumeur préexistante, » le toucher vaginal permet de recueillir souvent des renseignements non négligeables. Tout d'abord un signe positif et qui est constant, tout de suite il est très pénible et très douloureux, ce signe donné par Douay nous paraît être le plus intéressant. « Le signe essentiel sur lequel deux fois le Docteur Douay a pu faire le diagnostic se trouve être la douleur violente réveillée par le toucher dans le Douglas sans masse perceptible à ce niveau, avec mobilité utérine conservée, mais douloureuse. » Desbonnets avait signalé la valeur de ce signe, ainsi que Lapeyre. « Cette violente douleur au Douglas que nous avons découverte et que Paul Walther a notée dans son observation doit donc, à juste titre, être considérée, ainsi que le veut Douay, comme le signe capital en faveur d'une rupture de pyosalpinx chez une femme présentant par ailleurs des signes de péritonite » (Lapeyre). Parfois le toucher vaginal reste complètement muet.

L'état s'aggrave rapidement, c'est la fulminating péritonitis des Américains, qui ont signalé la rapidité foudroyante avec laquelle la péritonite diffuse est constituée. Le tableau clinique n'a alors rien de particulier; le ballonnement fait suite à la rétraction abdominale du début; l'arrêt des matières et des gaz est absolu; les vomissements sont devenus porracés, fécaloïdes. La malade se refroidit; le pouls est imper-

ceptible. La mort survient dans un temps variable, dans l'algidité et le collapsus.

Mais il est de ces péritonites dont les signes étaient aussi alarmants au début qui, même non opérées, évoluent rapidement dans les jours suivants vers la sédation des symptômes et parfois même vers une guérison rapide. Nous nous étendrons sur cette forme au chapitre des formes cliniques, forme capitale à connaître à cause de cette heureuse évolution dont il doit être tenu grand compte, d'abord dans les indications opératoires, surtout dans le choix de la technique.

Nous signalerons enfin la possibilité d'un cloisonnement spontané, comme il s'était produit dans un cas de Brin, où, après un début brutal, l'épanchement s'enkysta et put être ensuite incisé comme un simple abcès sans risquer d'infecter la grande cavité.

DIAGNOSTIC

C'est tout au début des accidents que le chirurgien pourra faire œuvre utile, aussi il importe que le diagnostic soit posé très précocément. Devant cette malade, deux problèmes sont à résoudre. Est-ce une péritonite par perforation ? Quel est l'organe en cause ?

Si la brusquerie du début, par une douleur brutale, syncopale, les signes physiques recueillis pendant l'examen, la contracture ferme en ventre de bois, rapidement généralisée, le faciès grippé, l'état de collapsus, la température sont des signes suffisamment nets pour permettre de porter le diagnostic de péritonite, celui de la cause a été bien souvent ignoré ou erroné. Constandulaki, dans les 45 cas qu'il a étudiés dans sa thèse, ne trouve le diagnostic porté exactement que 6 fois; dans 10 cas il était imprécis, et dans 29 inexact. On peut expliquer ces erreurs par la réputation de rareté qu'avait alors cette cause de péritonite.

Il semble que, actuellement, le diagnostic précis soit fait plus souvent, surtout depuis la publication du mémoire de Huet, qui, depuis 1924, a entraîné de nombreuses communications sur ce sujet.

Certaines erreurs sont si fréquentes qu'elles mériteraient de prendre place dans les formes cliniques. Le plus souvent elle a été confondue avec une crise appendiculaire. Nous avons déjà, dans la symptomatologie, signalé cette erreur qui fait que le chirurgien commence son intervention par une incision iliaque droite. Cette erreur est presque fatale dans les cas où la douleur initiale est à droite, avec un tableau typique de péritonite chez une femme sans aucun passé génital, et chez laquelle, comme il arrive souvent, le toucher vaginal ne donne aucune indication précise. Le siège de la douleur sera-il moins net ? L'on interrogera plus spécialement la malade sur ses antécédents gastro-hépatiques, envisageant la possibilité d'une perforation gastro-duodénale, ou d'une péritonite d'origine vésiculaire. Notre malade de l'observation XII présentait une contracture localisée à droite avec une vive douleur au point de Mac Burney, qui fit intervenir sur la région appendiculaire; seule, l'exploration de la fosse iliaque droite ayant montré un appendice sain, permit de redresser le diagnostic.

La malade peut n'avoir pas demandé de secours médicaux et laissé évoluer son affection, ou bien, comme dans certaines formes d'appendicite la douleur du début a pu céder quelque temps, cette accalmie trompeuse laissant diffuser la péritonite, et se présenter avec du ballonnement, du météorisme, du péristaltisme, un arrêt des matières et des gaz, en imposant pour une occlusion intestinale. La malade de l'observation I était entrée pour un iléus remontant

à quatre jours, le début des accidents datant de huit jours. C'est surtout dans les péritonites dues à une rupture de pyosalpinx (Pozzi, Haller, Sabadini) ou à une fissuration d'une poche salpingienne (Chastanç, Welti) que cette évolution en deux temps est la plus fréquente.

D'autres femmes se présentent avec des signes généraux de choc, pâleur avec décoloration des muqueuses, pouls imperceptible, et comme le dit Mondor, non pas avec des « syncopes à répétition », mais « avec des tendances fugitives à la syncope », qui, joints à des signes locaux comme la douleur pelvienne initiale, à des signes de toucher, font porter à tort le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine, avec hématoçèle. Cependant à bien analyser les signes, il serait possible d'écarter ce diagnostic, car la diffusion rapide de la douleur initiale, les frissons, l'élévation thermique, les vomissements verts, l'arrêt des matières et des gaz ne sont presque jamais notés dans les hémorragies cataclysmiques des ruptures de grossesse tubaire. Les signes physiques présentent encore des différences; l'abdomen n'est pas le siège de cette contraction et de cette rigidité si caractéristique des péritonites par perforation. Bien que le signe de Douay, lorsqu'il existe, soit d'un grand secours pour différencier une hématoçèle collectée dans le Douglas, nous savons que bien souvent avec une douleur très vive du Douglas, le toucher vaginal, dans les péritonites d'origine salpingienne, permet de sentir une résistance, un empâtement de ce cul-de-sac, qui

risque d'être pris pour une collection de sang au point le plus déclive. La ponction du Douglas ramenant du pus permettra alors de rejeter cette hypothèse, mais ne nous donnera pas de renseignements positifs sur cette péritonite ; le Douglas est le collecteur des liquides intra-péritonéaux, et ce pus peut aussi bien venir d'un abcès appendiculaire.

On a voulu donner comme signe différentiel l'examen hématologique qui, en cas d'accident septiques, montrerait une leucocytose avec polynucléose (cas de Brickner : leucocytose, 28.000 polynucléose, 85 p. 100). Il n'est pas besoin de dire que ce sont des recherches pratiques qui ne sont guère de mise en chirurgie d'urgence, où il faut agir vite, et prendre des décisions sur-le-champ.

Parfois, l'on pourra se demander, comme Planson, si l'on ne se trouve pas en présence d'une torsion d'un kyste de l'ovaire, lorsque le Douglas est occupé par une masse tendue, repoussant l'utérus, et sentie par le palper combiné, remontant à l'hypogastre ou dans une fosse iliaque. Mais ces erreurs d'interprétation n'ont pas une très grande importance, lorsque les diagnostics adoptés ont pour conséquence une intervention immédiate.

Le gros écueil à éviter est de ne pas prendre cette péritonite diffuse pour une poussée de pelvi-péritonite. Il peut s'agir d'une femme en traitement pour une salpingite aigüe primitive ou « réchauffée, » post-partum, post-abortionum, ou gonococcique ; nos observations V et VIII en sont des exemples. La question

qui se pose alors est de savoir si l'on se trouve en présence d'une péritonite généralisée ou bien d'une poussée de pelvi-péritonite si fréquente au cours des salpingites. Le problème est d'importance ; de sa solution dépend toute la thérapeutique. Dans le premier cas l'intervention d'urgence est nécessaire ; dans l'autre l'abstention avec un traitement médical est obligatoire. L'on ne doit pas compter sur l'affaissement de la poche déjà perçue, après le début ; c'est là une rareté sur laquelle on ne doit pas compter, qui n'a été rencontrée que cinq fois, par Mann, Lhouer, Huet, Lenormant. C'est plutôt sur l'ensemble du tableau clinique que l'on doit baser son opinion. La douleur est plus brutale, plus dramatique dans son expression ; l'état général est plus vite alarmant que dans la pelvi-péritonite. Le syndrome de perforation viscérale, même discret, est tout de même plus brutal que l'évolution, même rapide, d'une pelvi-péritonite (Lenormant). La contracture abdominale est plus localisée, moins intense dans une pelvi-péritonite ; il en est de même des signes généraux ; les vomissements, la température, qui sont moins marqués que dans les péritonites diffuses.

Le diagnostic de péritonite aigüe généralisée, d'origine salpingienne, une fois établi, peut-on aller plus loin et distinguer par quel mécanisme elle s'est faite ?

Pour Veit, les perforations septiques se caractériseraient par des signes d'intoxication que traduirait la tachycardie ; les perforation infectieuses, par des signes d'infection, bon poulx, douleurs, vomisse-

ments, contracture. Ce sont des nuances qui ne doivent être faites que pour satisfaire l'esprit d'un chirurgien déjà décidé à intervenir.

Mais si la distinction entre perforation septique et infectieuse, rupture et fissuration, entraînant la même sanction thérapeutique a moins d'importance, il sera plus utile de faire le diagnostic de péritonite d'origine salpingienne sans perforation, celle-ci étant le plus souvent d'origine gonococcique et commandant un traitement conservateur. Pour cela, on se basera, suivant M. Mondor « sur une contracture non également généralisée et peu rigide, une paralysie intestinale incomplète, des vomissements rares, quelques signes pelviens (vésicaux, rectaux), enfin un visage coloré, rouge violacé, et surtout sur l'examen vulvo-vaginal et le toucher : muqueuse rouge, purulente, douleur vive à la mobilisation de l'utérus, douleur sous-urétrale. »

PRONOSTIC

Au diagnostic de péritonite par rupture de pyosalpinx s'attachait jusqu'à ces derniers temps, un pronostic excessivement grave. De la statistique de Brickner, il apparaissait en effet : 1° que l'intervention était la seule chance de salut ; dans 91 cas, 36 cas non opérés, 36 décès (constatations nécropsiques) ; 2° qu'en opérant même, le pronostic restait très sévère, 35 cas opérés, 18 morts, c'est-à-dire 54 % de décès, et ces résultats étaient confirmés par d'autres statistiques. Celles de Halpenny et Gorrel, Lejars, Boldt, Cotte et Chalié, réunies indiquaient encore une mortalité opératoire de 40, 9 p. 100. Il n'y a pas encore très longtemps, Prévost écrivait « à cause de la rareté de cet accident et de la difficulté de son diagnostic, cette évolution vers une moindre mortalité se fait avec un retard considérable, sur celle, par exemple, de l'appendicite ». Cinq ans ont passé depuis que cette opinion a été exprimée, et pendant cette période, comme nous l'avons déjà écrit à une autre place, de nombreux travaux sont venus éclairer cette question sur bien des points. Actuellement, l'étude de

plusieurs statistiques semblerait montrer que cette évolution vers une moindre mortalité a parcouru un grand pas. Alors qu'avec Huet la mortalité était encore de 40 pour 100, elle passait à 32 pour 100 avec Lenormant et Kaufmann, et à 27,2 pour 100 avec Pétroff. Avoir abaissé le risque de 54 à 27,2 pour 100, c'est-à-dire de la moitié, pouvait paraître un résultat appréciable.

Au même moment, le Professeur P. Duval, publiait une statistique qui faisait sensation à la Société Nationale de Chirurgie, accusant une mortalité ramenée à 7,6 pour 100. Si cette amélioration de la statistique opératoire tient beaucoup, comme le disait M. P. Duval, a une heureuse « formule opératoire », elle tient aussi à ce fait que cet accident étant mieux connu, non seulement des chirurgiens, mais encore des médecins praticiens, les malades sont opérées plus précocement. Et il en est de ces péritonites comme des autres péritonites par perforation en général ; la précocité de l'acte opératoire est la plus sûre garantie du succès. Pour s'en convaincre, il suffit de se rapporter aux tableaux dressés par Huet et Pétroff. Dans celui de Huet, la mortalité est de 10 pour 100, avant la 12^e heure ; elle est de 76 pour 100 après la 24^e heure. Mais ces chiffres ne nous donnent que des résultats globaux, sans tenir compte de la gravité suivant les formes étiologiques. Il est bien établi maintenant, à la suite de P. Huet, que le pronostic comporte des degrés différents de gravité, suivant la cause immédiate de la péritonite. Il est des

pyosalpinx hyper-virulents, et aussi d'anciennes salpingites à contenu stérile. On ne peut comparer la virulence d'une salpingite gangréneuse et perforante, d'un épanchement à colibacille, à streptocoque, à celle d'une péritonite à gonocoque. Nous pensons que les différences relevées dans les statistiques opératoires de plusieurs auteurs tiennent à ce qu'elles comportent des cas trop dissemblables, et que seule la classification bactériologique serait plus utile à connaître. Car « péritonite par rupture de pyosalpinx, » est devenu un terme générique qui sert à désigner aussi bien une rupture, qu'une perforation inflammatoire, ou même une issue de pus par le pavillon de la trompe. Il serait cependant de la plus haute importance de distinguer entre ces différentes formes, non seulement au point de vue du pronostic, mais encore du traitement, parce que si « les péritonites par perforation exigent l'intervention chirurgicale la plus immédiate, d'autres, au contraire, guérissent sans opération ; quelques-unes semblent même guérir par l'abstention plus sûrement que par l'intervention (Mondor).

En résumé, les formes les plus graves sont avec les salpingites gangréneuses et perforantes, comparables aux mêmes formes d'appendicite, les péritonites par perforation inflammatoire de pyosalpinx dont le pus est à colibacille, à streptocoque, et à staphylocoque. Celles dues au déversement du pus par le pavillon non oblitéré des trompes, le plus souvent d'origine gonococcique, étant les plus bénignes et commandant l'intervention la plus conservatrice.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Peut-on mettre les femmes à l'abri d'un accident aussi redoutable ? L'étude méthodique de la prophylaxie des accidents dues aux salpingites devrait commencer à la recherche des mesures propres à éviter l'infection de l'appareil génital. Nous ne pouvons aborder dans ce chapitre un aussi vaste sujet. Qu'il nous suffise de rappeler certaines règles de conduite à tenir en présence d'une femme atteinte de salpingite quelle qu'en soit la forme, aiguë ou chronique, kystique ou non kystique.

L'examen de ces malades sera pratiqué avec une grande prudence et une grande douceur (observations de Legueu, Brickner, Pozzi). On proscrira d'une façon formelle les purgatifs violents, pour leur préférer les petites entéroclyses, qui auront, en outre, l'avantage d'agir comme résolutifs sur le foyer inflammatoire. (Rochet a cité une observation dans laquelle un pyosalpinx se rompit sous l'influence d'une purgation par l'huile de ricin).

Il en sera de même à plus forte raison des interventions sur le col, des curages digitaux, des curettages instrumentaux. Le seul abaissement du col par la pince de Museux par la traction ainsi exercée sur les trompes par l'intermédiaire de l'utérus pouvant suffire à rompre une trompe fixée aux parois pelviennes par des adhérences (observation de Mann). Cette interdiction s'étend aux traitements physiothérapiques chez les femmes atteintes d'annexites chroniques, provisoirement réchauffées. L'observation publiée par M. Haller en est un exemple typique, ainsi que celle de M. Mondor dont la malade mourut « par une perforation de pyosalpinx compliquant une erreur de traitement et une radiothérapie intempestive ». « Cette observation disait Lecène montre une fois de plus les graves périls auxquels sont exposées les malades atteintes de fibrome lorsqu'elles sont soumises à un traitement par les rayons X, sans avoir au préalable été suffisamment examinées. Il est en effet, plus que probable que des lésions annexielles existaient déjà chez cette malade au moment où le traitement par les rayons X fut institué ; le développement brusque d'une infection salpingienne bilatérale, avec perforation d'un des pyosalpinx, a été la conséquence de ce traitement après trois séances d'irradiations. On commit une faute grave de faire une séance de rayons X (la troisième du traitement) malgré que la malade eut ses règles à ce moment ; il est bien probable que la béance du col utérin et la congestion de l'utérus qui se produisent au moment des règles ont été des

facteurs adjuvants très important dans le développement de l'infection grave des trompes qui est apparue brusquement dès le lendemain de la séance d'irradiation.

« Malgré une opération radicale, faite 24 heures après le début des accidents, la malade succomba.

« Je crois qu'il est utile de publier des observations telles que celle-ci ; elles montrent bien les dangers de ces méthodes thérapeutiques qui, trop souvent, sont considérées comme bénignes parce qu'elles ne nécessitent ni l'anesthésie générale, ni l'emploi du bistouri. En réalité, elles ne sont bénignes que si elles sont employées avec discernement, sur l'indication précises et après un examen gynécologique complet, pratiqué par un chirurgien expérimenté ; sans cela, elles peuvent être beaucoup plus graves qu'une intervention sanglante ».

Signalons encore une observation de M. Louis Michion où il dut intervenir chez une malade hospitalisée à Lariboisière pour péritonite généralisée qui se produisit à la suite d'une injection vaginale.

Ces exemples justifient suffisamment le « Noli me tangere » que réclament les salpingites en évolution. Huet demande que ces malades soient considérées comme celles atteintes de grossesse tubaire. Mises au repos au lit, avec une vessie de glace en permanence, notre rôle consistant à suivre attentivement l'évolution. Pour cet auteur une rupture est à craindre, et il y a indication à intervenir, si malgré le repos et la glace la température ne baisse pas, et le pouls

se maintient rapide, en même temps que l'examen local pratiqué avec douceur décèle une augmentation de la collection.

C'est parce qu'elles n'ont pas été soumises à ce traitement médical simple, et à une surveillance attentive, que ces malades nous sont envoyées en pleine péritonite généralisée. Encore faut-il se féliciter lorsqu'elles nous sont adressées au début des accidents. Ces malades au long passé douloureux qui, ayant parfois supporté stoïquement les violentes douleurs du début, ne se décident à faire appel au médecin, que l'heure chirurgicale passée. Cette heure est brève. Cette péritonite fulgurante a vite fait d'avoir raison des forces de la malade. Doit-on eu égard à cet état général misérable surseoir à une véritable intervention abdominale, et se contenter d'une simple colpotomie de drainage ? L'on y sera autorisé, lorsque les malades vues « in extrémis » ne pourraient manifestement supporter une intervention plus choquante. Dans ces conditions elle a pu donner quelques survies : 10 cas avec six morts (Huleux, Mac Laren, Chevassu, Rochet, Cotte et Chalié) et 4 guérisons (Cotte et Chalié, Lejars, Mann et Poncet). Mais nous y insistons encore la colpotomie n'est justifiée que dans les seuls cas où un état général très mauvais ne permettrait point de terminer une intervention abdominale, car actuellement ce traitement précaire et hasardeux est considéré comme notoirement insuffisant pour drainer à lui seul une péritonite généralisée à toute la grande cavité.

Le traitement rationnel d'une péritonite généralisée doit viser non seulement au drainage du pus épanché, mais aussi à supprimer la cause, seule la laparotomie médiane peut prétendre à remplir ces deux impérieuses obligations. L'accord sur ce point est depuis longtemps réalisé, depuis les conclusions du Congrès de Chirurgie de 1911 où Lecène écrivait au sujet de ce qui nous occupe « Ces péritonites d'origine annexielle sont particulièrement graves, et leur traitement des plus difficiles. On intervient toujours trop tard à notre avis ; l'opération radicale qui en l'occurrence serait la castration totale, est trop grave en général pour être supportée. Comme l'on se contente de drainer sans supprimer la cause, on n'a que bien peu de chances de guérir les malades ».

Aussi ne doit-on pas différer davantage, l'état de choc initial, quelque grave qu'il soit ne doit pas empêcher de pratiquer une intervention, grâce à laquelle une mortalité a pu être abaissée de 54 p. 100, (sur 91 cas, 35 interventions seulement, Brickner) à 7,6 p. 100 (P. Duval). C'est cette chance que l'on a offerte à nos malades des observations I, II, III, VI, X, qui s'étaient présentées avec un état général très grave mais chez lesquelles, étant donné les phénomènes d'occlusion chez certaines, une colpotomie postérieure ne pouvait se légitimer.

La laparotomie pratiquée, quelle conduite tenir en présence des lésions ? C'est justement sur ce point, qu'il y a quelque temps, s'est ouverte la discussion. Peut-on se contenter de la « laparotomie simple et application

d'un Mickuliecz » après évacuation du contenu des trompes, comme le soutiennent MM. Costantini et Sabadini? Faut-il de toutes façons procéder à une exérèse des lésions, avec « ablation génitale minima, mais nécessaire », suivant la formule de M. P. Duval et de ses élèves? Ou bien être moins conservateur, et recourir à l'hystérectomie supra-vaginale, ou même totale avec drainage abdomino-vaginal? Chacun de ces auteurs soutient sa manière de voir avec, à l'appui des chiffres, qui, loin de trancher la question pouraient, au contraire, si l'on ne considérait que ceux-ci, la rendre insoluble.

MM. Costantini et Sabadini, depuis longtemps déjà, tout en tenant compte de l'existence qui leur était confiée, se sont arrêtés à une méthode, qui « répond à un but non seulement vital, mais physiologique ». Pour eux l'ablation de l'organe malade, ou l'hystérectomie, méthode idéale puisque pathogénique, agissant vis-à-vis de la trompe comme il est classique d'agir actuellement vis-à-vis de l'appendice, leur semble exagérée. Nous sommes à une époque de plus en plus conservatrice et il leur semble sinon illogique, du moins outrancier de stériliser des femmes encore jeunes, ayant besoin de leurs organes génitaux, pour un abcès tubaire ou une collection péri-utérine. « Est-il logique d'établir une analogie entre une appendicite et une rupture de pyosalpinx? L'appendicite est une lésion particulièrement septique, gangréneuse le plus souvent; de plus, l'appendice malade et ouvert, est une source intarissable de germes septiques; sa flore

microbienne est continuellement augmentée par l'apport du contenu intestinal et l'on conçoit que l'exérèse d'un organe si dangereux doit être nécessaire ». D'autre part, si une appendicectomie n'entraîne aucun trouble physiologique, il n'en est pas de même quand il s'agit des annexes et de l'utérus. Et pour confirmer cette façon d'agir ces auteurs nous offrent une statistique opératoire de 10 cas avec 8 guérisons, si l'on compte à la charge de la méthode un décès survenu deux mois après l'intervention due à une hémorragie intestinale en rapport avec une dysenterie amibienne. Trois de ces malades ont été revues plusieurs mois après, le toucher montrait un utérus parfaitement mobile, et des culs-de-sac absolument libres; la troisième réopérée pour éventration seize mois après avait des trompes tout à fait normales, souples, paraissant perméables. Résultat obtenu avec une intervention véritablement minime, possible, d'après ces auteurs grâce au merveilleux artifice de drainage qu'est le Mickulicz, qui permet de cloisonner la cavité pelvienne, et de séparer le point de départ de l'infection du reste de la cavité abdominale, sans toucher aux annexes ou à l'utérus.

Cette méthode a été vivement critiquée, en particulier par Okinczyc pour lequel « le souci d'une conservation poussée jusqu'au risque, ne justifie peut-être pas la condamnation d'une castration, qui, dans les deux observations de Sabadini (les deux premières) aurait pu d'ailleurs être uni-latérale. » Mais ces auteurs ont depuis cette critique opéré avec un égal

succès, huit nouveaux cas. Pour nous cette technique est justifiée dans les péritonites sans perforations ou l'inoculation se fait par les pavillons des trompes restés perméables, lorsque le germe en cause est le gonocoque. Puisque ces péritonites « guérissent sans opération, semblent même guérir par l'abstention plus sûrement que par l'intervention » (Mondor), il est logique, la nature exacte des lésions une fois reconnue de se borner au minimum. En effet, aussi bien dans les observations de Sabadini, que dans celles des auteurs qui ont suivi cette méthode, les résultats ont été favorables. (Huet 4 cas ou *l'inoculation péritonéale était due au pus s'écoulant par les pavillons tubaires*; 3 fois simple tamponnement de Mickulicz, 1 cas hystérectomie : 4 guérisons. Michon : Observation III S. N de Chirurgie, séance du 17 janvier 1934. « Laparotomie sous-ombilicale. Péritonite généralisée. C'est la trompe gauche distendue *qui déverse le pus par son pavillon*. Pas de grosses lésions par ailleurs. On se contente de placer un Mickulicz pelvien. Suites opératoires simples; la malade quitte l'hôpital 40 jours après ». Et, observation VII : 1° Incision de Mac Burney. Pus en abondance. Appendice sain est enlevé. Drain et mèche. 2° Laparotomie médiane sous ombilicale. *Les deux trompes déversent du pus*. En raison du très mauvais état de la malade et de son extrême obésité rendant l'acte très difficile, on se contente de mettre en place un Mickulicz. Contre toute attente, suites opératoires très simples.

Cette méthode, laparotomie simple, avec drainage

à la Mickulicz est, croyons-nous, à pratiquer dans les péritonites où l'on trouve à l'intervention des trompes augmentées de volume, laissant sourdre du pus par leur pavillon, goutte à goutte, suintantes et purulentes comme un gland de blennorragique, et dont la pression à leur niveau augmente l'écoulement. A plus forte raison est-elle indiquée, si un examen extemporané du pus a permis d'y reconnaître des diplocoques de Neisser.

Mais en dehors de ces cas bien déterminés, il est certain qu'il est préférable, sinon nécessaire, par une opération radicale de débarrasser la malade d'organes qui sont profondément modifiés dans leur forme, leurs rapports, et leur physiologie, et de la mettre ainsi à l'abri de nouveaux accidents. Pour cela, le chirurgien a à sa disposition plusieurs techniques :

La salpingectomie uni ou bilatérale,
L'hystérectomie abdominale subtotale,
L'hystérectomie abdominale totale.

Tous les auteurs sont d'accord pour faire le plus simple et le plus logique, la salpingectomie unilatérale, dans les cas où la trompe du côté opposé est saine ou peu malade, et de terminer rapidement par un drainage.

Mais que doit-on faire lorsque la trompe du côté opposé est le siège d'une collection purulente?

M. P. Duval a obtenu les résultats les plus remarquables en faisant, en principe, l'ablation génitale minima mais nécessaire. 26 cas avec 2 décès. Dans ces 26 cas il fut pratiqué :

Hystérectomie subtotale	5	5 guérisons
Salpingectomie bilatérale	9	9 guérisons
Salpingectomie unilatérale	11	1 mort (occlusion tardive).

Ablation unilatérale et drainage par mèche	1	1 mort
---	---	--------

Cette tactique qui suivant son principe même, recommande la castration unilatérale et la castration bilatérale (8 guérisons sur 8 cas Lenormant et Kaufmann) autorise cependant l'hystérectomie subtotale ou totale préconisée par d'autres auteurs (Lenormant, et Kaufmann, Hamant et Charles).

L'hystérectomie sera pratiquée dans les cas où les lésions sont bilatérales et complexes, plus ou moins confondues l'une avec l'autre derrière l'utérus, noyées dans le pus remplissant l'excavation, ne permettant pas de distinguer de manière certaine le siège exact de la rupture, et de dire laquelle des deux poches, la droite ou la gauche est à l'origine des accidents. Il est parfois même plus simple et plus rapide, dans les cas difficiles, de faire une hystérectomie par le procédé américain, que d'enlever les annexes séparément. Elle sera indiquée encore, dans les cas où il paraît nécessaire de faire une péritonisation du petit bassin, car dans ces formes de péritonites, le drainage par tube sus-pubien a donné de meilleurs résultats, que le sac de Mickulicz. Lenormant qui a relevé 5 morts dans 9 cas opérés avec le Mickulicz prétend « que la supériorité de ce mode de drainage n'apparaît pas d'une manière évidente », pour Duval il est inutile.

CHAPITRE IV

OBSERVATION I (Docteur BOUROLLEC)

2 octobre 1930.

Madame Vve K..., 45 ans entre le 2 octobre 1930 à 15 heures, salle Terrier, pour iléus remontant à 4 jours ayant débuté brusquement par des coliques abdominales 8 jours auparavant. Ces coliques coïncident avec des pertes blanches très abondantes. A son entrée dans le service, vomissements fécaloïdes, pouls à 90, très petit. T° 37°.

A l'examen le ventre est dur et ballonné. Le T-V montre un cul-de-sac bloqué et douloureux.

Intervention le 2 octobre à 17 heures.

Anesthésie au Balsoforme. Incision médiane sous-ombilicale. Le petit bassin est comblé par des anses intestinales et des trompes qui sont considérablement augmentées de volume. Le tout est agglutiné et couvert de fausses membranes. On arrive à grand peine à libérer la trompe droite prolabée dans le Douglas. Au cours des manœuvres, on la crève. Issue de pus fétide. Aspiration du pus. Ablation de la trompe. Il en est de même de la trompe gauche constituée par une poche purulente de la grosseur d'une mandarine. Les ovaires sont laissés en place malgré l'existence d'un utérus fibromateux. Etant donné l'état général de la malade on arrête là l'intervention. Mickulicz. Fermeture en un seul plan aux fils de bronze.

Décédée le 5 octobre 1930.

OBSERVATION II (Docteur BOUROLLEC)

21 Novembre 1930.

Alexandra S... 30 ans, entrée le 21 Novembre 1930.

La malade a été prise 15 jours avant son entrée, de douleurs abdominales avec vomissements. Elle appelle son médecin qui la traite pour salpingite. Le 21 au matin douleurs abdominales violentes, à prédominance droite. Vomissements. T° à 39°. A son entrée dans le service T° 38°5. Pouls petit à 120. Facies péritonéal. Contracture abdominale surtout marquée dans la fosse iliaque droite. Au T-V, grosse masse à droite, très douloureuse, bombant dans le cul-de-sac.

Intervention d'urgence à 18 heures.

Anesthésie au Balsoforme. Incision de Pfannenstiel.

On découvre dans le petit bassin un énorme pyosalpinx droit recouvert d'anses intestinales agglutinées qui en rendent son abord difficile. La libération complète de la masse nécessitant une résection intestinale que la malade n'aurait pas supporté, on se contente, après avoir protégé le champ opératoire, de ponctionner la poche à l'aspirateur électrique. Issue de pus fétide de couleur chocolat. Une mèche est tassée isolant la poche et le petit bassin des anses intestinales.

Suites opératoires. Le lendemain matin T° à 40° qui descend régulièrement les jours suivants. Le 3^e jour T° à 39°5 où elle se maintient pendant 3 jours. Les mèches abdominales drainent mal. Mort dans le collapsus le 27 novembre 1930.

OBSERVATION III (Docteur BOUROLLEC)

21 Novembre 1931.

Madame P... âgée de 24 ans.

Syndrome abdominal aigu remontant à 36 heures. Vo-

missemments. T° à 40°. Pertes blanches très abondantes. Contracture abdominale généralisée. Le maximum de contracture et le maximum de douleurs siègeant dans la fosse iliaque droite.

Intervention d'urgence à l'admission.

Anesthésie générale au Balsoforme.

Incision de Pfannenstiel.

A l'ouverture du péritoine, sérosité louche, abondante, venant du petit bassin. On est très gêné par les anses qui sont rouges et dilatées. On les refoule sous des champs. Utérus de dimensions normales, rouge. Les trompes sont congestionnées et rouges. Une goutte de pus sourd par les ostiums abdominales des deux côtés. L'ovaire droit est recouvert de fausses membranes de même que le Douglas qui en est tapissé. Appendice normal. Hystérectomie subtotale. Drain dans le Douglas et mèche. Décédée le 24 novembre 1931.

OBSERVATION IV (Docteur BOURULLEC)

2 novembre 1933.

Madame C., âgée de 40 ans.

Syndrome abdominal aigü avec : vomissements, défense de la paroi. T° à 38°. Pertes blanches abondantes.

Intervention d'urgence immédiate.

Anesthésie générale au Balsoforme.

Incision de Pfannenstiel.

A l'ouverture du péritoine on trouve une sérosité louche dans la grande cavité. L'appendice rouge est enlevé. Dans le Douglas on trouve du pus franc en petite quantité que l'on voit sourdre de chaque côté par l'ostium abdominale des trompes qui sont rouges mais de volume normal. L'utérus est de volume normal, mais un peu rou-

ge. Les ovaires sont normaux. Salpingectomie bilatérale. Drain dans le Douglas.

Suites opératoires simples. Drain enlevé le 3^e jour, fils le 6^e jour. Sortie le 17 novembre.

OBSERVATION V (Docteur BOUROLLEC-GAVAUDAN)

Le 31 août 1934, entre dans le service du Dr Français, salle Terrier, lit N° 9, Madame R... Léonie, âgée de 28 ans, pour des métrorragies accompagnées de T° à 39°4. La malade nous apprend que depuis l'âge de douze ans elle a été toujours normalement réglée. En février 1930 elle a eu un accouchement après lequel elle n'a pas vu ses règles pendant les neuf mois qu'elle a allaité son enfant. Depuis décembre 1930 ses règles étaient revenues régulièrement jusqu'au mois de mai 1934, date à laquelle elles se sont arrêtées.

L'examen montre un col entrouvert laissant échapper des caillots. L'utérus légèrement douloureux à la mobilisation est gros comme une tête de fœtus. Un curettage est pratiqué. Le lendemain la T° est descendue à 37°2. Pendant 7 jours la T° reste ainsi aux environs de 37°, avec cependant une tendance à s'élever. Le 7^e jour le thermomètre marque 38°, et le lendemain, la malade sort sur sa demande.

Le 12 septembre la malade revient dans le service pour une violente douleur dans la fosse iliaque gauche accompagnée d'une T° à 38°6. Elle nous dit que rentrée chez elle, le soir même elle a été prise d'une douleur soudaine et très vive dans le côté gauche. La T° à ce moment là était de 40°2.

Le 31 août l'examen montrait la fosse iliaque gauche douloureuse et contracturée. Le T-V permettait de se rendre compte de l'origine annexielle de la douleur en

même temps que de la perte de souplesse du cul-de-sac gauche.

La malade est laissée à la glace sur le ventre et vaccinée au Propidon dans les jours qui suivent. Ces phénomènes aigus s'amendent, et, 10 jours après la T° est à 37° le matin, et 37°8 le soir.

Le 1^{er} octobre la T° s'élève à 38°8, s'y maintient le 2 pour passer à 40°4 le 3. Les jours suivants la T° descend lentement, et brusquement le 6 octobre la malade est prise d'une douleur en coup de poignard dans l'abdomen, accompagnée de vomissements. La T° est à ce moment-là de 39°. Le pouls est à 140. La douleur qui avait débuté dans le côté gauche se généralise rapidement à tout l'abdomen. Le T-V est excessivement douloureux, et montre une très grande sensibilité des culs-de-sac arrachant des cris à la malade, qui accuse, en outre, des brûlures à la miction. Devant l'acuité des phénomènes abdominaux le diagnostic de péritonite aiguë généralisée, d'origine génitale, est posé et l'intervention d'urgence est décidée.

Intervention le 6 octobre.

Anesthésie générale au Balsoforme.

Incision médiane sous-ombilicale. Liquide sanieux dans la grande cavité. L'appendice sain est laissé en place. Volumineux pyosalpinx gauche ramené sur la ligne médiane, et que l'on prend au premier abord pour un utérus infecté. L'utérus petit et dur est déjeté à droite. Salpingo-ovariectomie gauche. La trompe et l'ovaire droit simplement congestifs sont laissés en place. Drainage par Mickulicz et tube dans le Douglas. Fermeture en un seul plan aux fils de bronze. On pratique immédiatement après l'intervention une piqûre de sérum antigangréneux à cause de la sérosité sanieuse trouvée à l'ouverture du péritoine.

Les suites opératoires sont difficiles. La T° qui était

descendue à 37°, le soir de l'intervention, remonte le lendemain à 38° pour s'y maintenir pendant une dizaine de jours. Le lendemain l'aspiration par le drain permet de retirer quelques Cm³ de sérosité. Le surlendemain on ne retire presque rien et le tube est retiré. Le quatrième jour la mèche est enlevée, le Mickulicz est supprimé le septième jour, mais une désunion se produit qui oblige à faire une suture de la peau aux fils de lin. La malade sort enfin guérie le 24 novembre, 49 jours après l'intervention.

La malade que nous avons revue le 10 octobre 1935 se plaint de douleurs dans les reins et dans le périnée. Elle est toujours réglée, mais ses règles bien qu'indolores sont peu abondantes durant une journée et demi au maximum. Elle souffre en dehors des règles et a quelques pertes blanches pendant ces périodes. Elle se plaint de douleurs à la miction, avec sensation de brûlure à la fin de la miction, et de pesanteur vésicale. Elle a des bouffées de chaleur et a grossi de 12 kgs depuis sa sortie de l'hôpital.

La cicatrice est souple, mais adhérente au-dessus du pubis où existe une éventration. Le T-V montre un utérus de volume normal, peu mobile. Le cul-de-sac gauche est profond et libre. A droite existe une légère douleur. Au spéculum on voit des pertes glaireuses et un certain degré de métrite cervicale.

OBSERVATION VI (Docteur FRANÇAIS)

11 mars 1935.

Mlle F..., Charlotte, âgée de 38 ans, nous est envoyée par son médecin qu'elle a fait appeler deux jours plus tôt, pour des douleurs abdominales ayant débuté à gauche. Vomissement à son arrivée.

Ces phénomènes ont surpris cette femme en pleine

santé, alors qu'elle vaquait à ses occupations. Les douleurs augmentant peu à peu d'intensité l'obligent à s'aliter. Pendant la nuit ces douleurs s'exagèrent encore et le lendemain elles sont arrivées à un tel degré de violence que la malade pliée en deux, ne peut plus faire un mouvement dans son lit.

Elle reste alitée toute la journée du 11, mais les douleurs se généralisant à tout l'abdomen elle se décide à faire appel à son médecin à 19 heures, qui, devant cet état la fait hospitaliser d'urgence avec le diagnostic de « Péritonite aigüe ».

Les yeux excavés et cernés de bistre, les traits tirés, la voix cassée, la malade immobile dans son lit pousse des gémissements. Elle nous dit qu'elle n'a jamais été malade. Elle a été réglée à 13 ans, ses règles d'abondance variable ont toujours été douloureuses. En 1921, elle a fait une fausse-couche. Depuis elle a des pertes blanches abondantes, surtout au moment des règles.

A l'examen, l'abdomen est immobile, ne suivant pas les mouvements respiratoires. Il est dur, contracturé, la palpation légère qui ne vainc pas la contracture est très douloureuse. Tout l'abdomen est contracturé et douloureux; cependant on note une exagération des phénomènes à gauche.

La T° est à 39°5, le pouls à 160.

Intervention d'urgence à 22 heures.

Anesthésie générale au Balsoforme. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Explorant la fosse iliaque gauche, nous ne constatons pas de signes inflammatoires. Agrandissant l'incision jusqu'au pubis, un flot de pus apparaît, provenant de l'excavation. Pus brun chocolat, très fétide. Après avoir protégé les anses on place la valve. On trouve une poche pelvienne gauche rompue. Nous enlevons trompe et ovaire gauche.

La poche est salpingienne. Péritonisation du ligament

large, Drain dans le Douglas. Suture en un plan de la paroi aux fils de bronze.

Suites opératoires : après l'intervention la T° baisse, mais les vomissements persistants on pratique deux injections de sérum hypertonique intra-veineux le lendemain et le surlendemain. Aspiration par le drain le même jour. Le drain est enlevé le 4^e jour, une purge est administrée le 5^e, et les fils sont retirés le 10^e jour. A noter que ses règles ont réapparu le lendemain de l'intervention.

La malade sort du service guérie le 22^e jour.

Nous l'avons revue le 9/10/35, soit 7 mois après l'intervention. Elle a pris un peu d'embonpoint, mais ne se plaint pas de bouffées de chaleur. La cicatrice est pigmentée, souple, non adhérente. Il existe une éventration à la partie inférieure de l'incision. Au T-V on sent un col dur, avec un gros utérus. Le Douglas est bridé transversalement. Au spéculum on voit un gros col de situation normale, avec un orifice puntiforme par où s'écoulent des pertes glaireuses.

OBSERVATION VII (Docteur CAZALIS)

11 avril 1934.

Madame D., Julie, âgée de 42 ans, entrée le 11 avril 1934 à 16 heures pour péritonite généralisée.

Intervention d'urgence à 17 heures.

Anesthésie générale au Balsoforme. Incision médiane sous-ombilicale.

Grosse quantité de pus dans le péritoine qui est œdématié.

Les anses intestinales sont rouges et dilatées.

On tombe sur un kyste formé aux dépens de l'ovaire et de la trompe gauche et dont la paroi est tapissée de

fausses membranes. En cherchant à libérer ce kyste, après l'avoir évacué par ponction, on crève une poche annexielle pleine de pus. L'ovaire droit est également kystique et adhérent. L'appendice est en position normale et sain.

Ablation des deux masses annexielles. L'utérus adhérent partout est laissé en place. Appendicectomie. Ether dans la péritoine. Mise en place d'un Mickulicz. Fermeture en un seul plan, aux fils de bronze. Décédée le lendemain 12 avril à 20 heures.

OBSERVATION VIII (Docteur FRANÇAIS)

7 juin 1926.

La malade Madame D... Yvonne, âgée de 26 ans est admise dans le service pour grossesse extra-utérine. A l'intervention on trouve le péritoine rempli de sang et de caillots. Grossesse tubaire interstitielle rompue à gauche. Excision de la trompe et de l'ovaire. Assèchement du péritoine et fermeture sans drainage. Annexes droites saines.

La malade sort guérie le 22 juin 1926.

Le 11 décembre de la même année elle revient pour des phénomènes douloureux dans le côté droit et le bas-ventre. Ces douleurs ont débuté il y a un mois environ vers le 4 novembre, brusquement, sans vomissements, coïncidant avec ses règles qui étaient en retard de 3 ou 4 jours. Les règles ont duré 19 jours (du 4 au 23 novembre). Ecoulement intermittent, sans caillots. Elle a continué à souffrir pendant toute cette période. Après la cessation de ses règles, les douleurs se sont aussi arrêtées mais elles ont repris et redoublé de violence vers le 28 novembre. A cause de l'intensité de ces douleurs elle s'alite ce jour-là. Dans la nuit du 10 au 11 elle vomit, et son médecin appelé, lui conseille d'entrer à l'hôpital.

A l'examen, le 12 décembre, elle se plaint d'avoir souffert toute la nuit. Elle dit avoir vomi la veille pour la première fois; les vomissements étaient vert bilieux. Elle perd un peu de sang depuis la nuit.

L'inspection de l'abdomen montre une cicatrice de laparotomie sous-ombilicale (grossesse extra-utérine rompue). Ventre douloureux à la pression dans la région sous-ombilicale, particulièrement à droite, au niveau du point ovarien. Pas de contracture. Au T-V : douleur vive dans le cul-de-sac latéral droit avec empâtement. Le col semble normal.

Le 17 décembre examen au spéculum : col normal, regardant en arrière. Ecoulement de sang. Hystérométrie : longueur utérine = 9 cm 2. L'utérus paraît déborder en haut au-dessus du pubis.

Empâtement dans lequel l'utérus semble pris.

Le 28 janvier 1927, dans l'après-midi, la malade est prise d'une violente douleur en coup de poignard, subitement, alors que depuis plus de 20 jours les phénomènes douloureux abdominaux avaient complètement disparus.

La T° est à 39°8. Le pouls à 160. Vomissements incessants. Ventre de bois. Devant l'intensité de ces phénomènes abdominaux, intervention d'urgence à 19 heures.

A l'intervention on trouve une grosse collection suppurée annexielle droite. La poche du volume d'un gros œuf adhère au Douglas et au rectum. Issue sur la surface de la poche de pus fétide en petite quantité. Hystérectomie subtotale (les annexes gauches ont été enlevées lors d'une précédente intervention pour grossesse extra-utérine rompue) L'appendice sain est enlevé.

L'examen de la pièce montre une petite perte de substance de la grosseur d'une lentille, siégeant sur la portion ampullaire de la trompe. Les bords sont noirâtres et violacés. Toute la trompe est congestive. Les franges du pavillon de la trompe sont soudées par leur face séreuse.

En exprimant dans les doigts la poche salpingienne on fait sourdre des gouttelettes de pus blanc crémeux, strié de sang et très fétide.

Suites opératoires simples. La malade sort guérie le 22 février 1927.

OBSERVATION IX (Docteur FRANÇAIS)

6 septembre 1931.

Madame S... Louise, âgée de 33 ans est envoyée dans le service pour un syndrome de péritonite généralisée par perforation, ayant débuté quelques heures avant son admission.

Cette femme qui a eu un Pneumothorax Thérapentique, il y a 4 ans et a été suivie et reinsufflée depuis au Dispensaire Léon Bourgeois, est prise brusquement d'une douleur brutale dans le petit bassin, accompagnée de vomissements. La T° est à 38°2, le pouls à 120.

L'examen montre un abdomen contracturé, la main qui palpe n'arrive pas à vaincre la défense qui est généralisée. La pression est douloureuse, surtout à la partie sus-pubienne. Pas de disparition de la matité hépatique. Au T-V un utérus fixé, douloureux. Le cul-de-sac postérieur très douloureux bombe dans le vagin.

Intervention immédiate.

Anesthésie générale au chloroforme.

Incision de Pfannenstiel. Dès l'incision du péritoine on voit du pus épais, bien lié dans la grande cavité. Le pus est aspiré. Après assèchement du péritoine, les anses étant protégées par des champs, on reconnaît dans le petit bassin prolabé dans le Douglas, une grosse annexite droite. On ne trouve pas de perforation tubaire, les annexes gauches sont enflammées. L'appendice est normal.

Etant donné les antécédents pulmonaires de la malade, pour ne pas prolonger l'intervention qui, logique-

ment, devrait comprendre une salpingo-ovariectomie bilatérale, les annexes des deux côtés étant également malades, on décide de drainer la péritonite et le foyer suppuratif et de terminer au plus tôt.

A cet effet on place une mèche entourant les annexes droites et un tube dans le Douglas.

Dans les jours qui suivent la T° se maintient aux environs de 38°. Puis, à partir du septième jour la T° décrivant des oscillations, on institue une vaccination. Sous l'influence de ce vaccin la T° descend progressivement, atteignant la normale le 19^e jour, pour s'y maintenir définitivement.

La malade sort guérie le 34^e jour après l'intervention.

OBSERVATION X (Docteur FRANÇAIS-GAUDAUDAN)

8 mars 1935.

La malade Madame F... Marthe, âgée de 35 ans, nous est envoyée dans le service pour une péritonite généralisée, les accidents remontant à jours.

Intervention immédiate.

Anesthésie : 1° Localé à l'Allocaïne à 1 %.

2° Générale au Balsoforme.

Incision médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine issue de pus venant de la région pelvienne. L'appendice n'est pas en cause. Pyosalpinx droit perforé. L'état général est très mauvais. Pouls très faible, respiration superficielle. L'hystérectomie est jugée impossible à cause de ce mauvais état général. Aussi se contente-t-on de placer un drain dans le Douglas. Fermeture de la paroi en un plan aux fils de bronze. La malade décédé quelques heures après l'intervention.

OBSERVATION XI (Docteur FRANÇAIS-CAZALIS)

11 mars 1935.

Mademoiselle V... Antoinette, âgée de 30 ans est envoyée dans le service par son médecin, avec le diagnostic de péritonite diffuse aigüe.

A son entrée, tableau typique de péritonite aigüe. Facies péritonéal, vomissements, contracture généralisée, douleur à la pression de l'abdomen. Arrêt des matières et des gaz. Ces phénomènes remontant à 48 heures, et ayant débutés subitement en pleine santé par une douleur en coup de poignard dans le bas-ventre du côté gauche. La T° est à 38°8, le pouls bat à 140.

Intervention d'urgence immédiate.

Anesthésie générale au Balsoforme.

Incision médiane sous-ombilicale. Du liquide louche, sans odeur, sort en assez grande abondance du bassin. L'utérus est exploré. Il est légèrement augmenté de volume, mais sans perforation, sa surface est lisse. Les annexes gauches sont très augmentées de volume, boudinées, leur surface d'une coloration rouge vif et luisante est recouverte de fausses membranes. On ne trouve pas de perforation, mais, pendant les manœuvres, en tenant la trompe dans la main pour examiner le pavillon, on voit sourdre par un petit pertuis, ménagé à travers les replis des franges, des gouttes de sérosité filante. On se contente d'assécher le péritoine, de mettre un tube dans le Douglas et de placer un Mickulicz au contact de la trompe enflammée. Fermeture en un seul plan aux fils de bronze. La T° reste élevée les jours qui suivent. La malade continue à vomir et ne rend pas de gaz. Dès le second jour on fait de la prostigmine et du sérum hypertonique. Le 4° jour, dans la journée, la malade est prise d'un malaise, le pouls est filant et incomptable; elle est algide et recouverte de sueurs froides. Les phénomènes

d'occlusion persistant on est obligé, le 5^e jour, de mettre une anse intestinale à la peau et de ponctionner l'intestin. A partir de ce jour là l'état général se relève; la température baisse. Le 10^e jour le transit intestinal normal est rétabli et la fistule peut être refermée. La malade sort convalescente le 30^e jour.

Elle est revue le 5 mai 1935. Les règles sont revenues. Le T-V ne montre rien d'anormal.

OBSERVATION XII (Docteur LUTHEREAU)

Péritonite généralisée par rupture de pyosalpinx droit datant de 6 heures. Salpingo-ovariectomie unilatérale. Drainage du Douglas par tube, guérison.

Madame C..., 25 ans. Réglée à 12 ans 1/2. Règles toujours abondantes et douloureuses au début. Un accouchement à vingt ans (déchirure de la lèvre antérieure du col). Depuis, a toujours été traitée pour métrite chronique, règles le 28 mars. Le 20 avril 1934, vers 11 heures, la malade se plaint de légères douleurs abdominales diffuses. Elles deviennent brusquement plus vives vers 16 heures. Pas de vomissements. La malade croit à un début de règles, mais les douleurs étant plus importantes que d'habitude, on appelle son médecin traitant avec lequel nous voyons la malade à 21 heures. A ce moment état général excellent. Facies absolument normal. Pouls à 95. T° : 37°8. Le ventre est souple sauf au niveau de la fosse iliaque droite où la région de Mac Burney est le siège d'une contracture dure retrouvée à plusieurs palpations successives s'accompagnant de douleur à la pression. Hyperesthésie cutanée. Toucher vaginal : col de consistance dure légèrement fixé à la lèvre supérieure atrésiée. Rétroversion utérine. Le cul-de-sac droit est seul douloureux. On pense à une appendicite.

Intervention d'urgence le 20 avril 1934 à 22 heures, 6 heures après le début.

A. G. Ether. Incision de Jalaguier. Présence de pus intra-abdominal. Au cours des manœuvres tendant à extérioriser le cœcum, un flot de pus monte du bas. L'appendice légèrement enflammé est réséqué, mais ne semble pas en cause. Après élargissement de l'incision vers le bas, on peut observer une trompe droite nettement augmentée de volume au niveau de sa portion ampullaire et on voit sourdre quelques gouttes de pus du pavillon.

Salpingo-ovariectomie droite. En écartant fortement on peut voir les annexes gauches. Trompe et ovaire d'aspect normal. Drainage par tube du Douglas. Fermeture en trois plans. Suites opératoires : extrêmement simples. Règles le surlendemain. Cicatrisation complète le 18^e jour.

La malade est revue ensuite. Bon état général. Cicatrice solide mais le cycle mensuel est devenu plus fréquent : règles tous les 18 jours. On constate une sténose moyenne du col, certainement de date ancienne, pour laquelle la malade est en traitement actuellement.

OBSERVATION XIII (Docteur LUTHEREAU)

Péritonite généralisée par rupture de pyosalpinx droit datant de 7 heures au cours d'une grossesse de trois mois. Salpingo-ovariectomie droite. Drain et mèche. Guérison.

Madame F..., 35 ans, de nationalité polonaise nous est adressée d'urgence le 4 novembre par son médecin traitant avec le diagnostic de pelvi-péritonite au cours d'une grossesse de trois mois. Les accidents auraient débutés brusquement le matin vers 10 heures. La malade ne par-

lant pas le français tout interrogatoire est impossible. La T° est de 38°5. Pulsations 120. Faciès normal. Les douleurs semblent très marquées. La palpation de l'abdomen révèle de la défense des muscles de la portion sous-ombilicale, sans contracture nette avec douleurs diffuses. Au toucher, sensibilité très vive des cûls-de-sac. Col ramolli. La défense musculaire empêche de préciser le siège du fond utérin. On décide d'attendre. La malade est revue à 16 heures. T° 39°. Pouls à 120. Le faciès se tire, même symptomatologie physique. On pense à une péritonite généralisée, d'origine salpingienne, et l'on intervient à 17 heures.

Intervention le 4 novembre 1933.

A. G. Ether. Incision, Médiane sous-ombilicale. Pus dans la grande cavité. Appendice sain enlevé. L'utérus paraît bien gravide de 3 mois. La trompe gauche est mobile et congestionnée, la droite est dilatée à sa portion ampullaire. De l'ostium abdominale s'écoule du pus. Salpingo-ovariectomie droite. Drain et mèche dans le Douglas. Fermeture pariétale en un plan au bronze.

Suites opératoires. Très simples. Morphine pendant 3 jours. Tolérance parfaite immédiate de l'utérus. La malade sort guérie le 5 décembre 1933 avec une cicatrice solide. Elle revient le 22 décembre 1933 pour curettage après rétention placentaire post-abortionum et quitte l'hôpital le 29 décembre 1933 après des suites tout à fait normales.

OBSERVATION XIV (Docteur LUTHERAU)

Péritonite généralisée par rupture de pyosalpinx gauche datant de 5 heures. Salpingo-ovariectomie unilatérale. Drain et mèche. Guérison.

Madame B... 46 ans. Toujours bien réglée. Sans passé gynécologique avoué. Dernières règles le 12 mai. Début

brutal le 24 mai 1934 en pleine santé apparente (la malade a vaqué la veille à ses occupations habituelles), vers 8 heures par des douleurs intenses au niveau de la fosse iliaque gauche, diffusant rapidement à tout l'abdomen. Il s'agit d'une obèse dont l'état général a brusquement décliné. Faciès péritonéal. Pouls encore bien frappé à 125. T° : 39°. L'abdomen est uniformément contracturé. Ventre de bois ne respirant pas. Matité hépatique normale. T-V : gros col métritique ; les culs-de-sac vaginaux sont douloureux. Empatement bilatéral. La malade nous est adressée d'urgence avec le diagnostic de péritonite généralisée par rupture de pyosalpinx.

Intervention le 24 mai à 13 heures, 5 heures après le début.

A. G. Ether. Incision, Médiane sous-ombilicale. La cavité abdominale est inondée de pus. L'appendice turgescent recourbé à sa pointe est recouvert de fausses membranes de même que le grêle. Appendicectomie. Le grand épiploon est refoulé et on trouve à droite une trompe rattachée, fixée à la paroi pelvienne par de nombreuses adhérences ; à gauche un pyosalpinx volumineux et, sur sa face antérieure, près du pavillon, une perforation à bords sphacélés d'où s'écoule le pus. Castration gauche de dedans en dehors. Gros drain et mèche dans le Douglas. Fermeture pariétale en un plan aux bronzes. La malade est restée en Trendelenburg le temps minimum.

Suites opératoires relativement simples. Légère congestion pulmonaire. La T° tombe en quelques jours. Le 12^e jour, début de phlébite du membre inférieur gauche variqueux, enrayé par deux applications de sangsues. Légère désunion à la partie toute inférieure de la plaie opératoire qui est complètement fermée le 35^e jour. La malade est revue 3 mois plus tard, en bon état et avec une cicatrice d'apparence solide.

OBSERVATION XV (Docteur LUTHEREAU)

Péritonite généralisée par rupture de pyosalpinx droit datant de 6 heures. Salpingo-ovariectomie bilatérale. Drain et mèche Guérison.

Madame M... 42 ans. Aucun passé gynécologique avoué. Dernières règles le 10 mai 1934. Va consulter son médecin le 5 juin 1934 pour douleurs abdomino-pelviennes étant apparues 3 jours auparavant. Le 6 juin au matin il y a redoublement des douleurs surtout au niveau de la fosse iliaque gauche. La malade reste alitée. Vers 15 heures, les douleurs deviennent intolérables. Un vomissement. La T° est de 38°5. Son médecin la voit dans l'après-midi et pose le diagnostic de péritonite généralisée par perforation de pyosalpinx. En effet, à 19 heures la malade présente un faciès péritonéal typique. T° : 39°5. Le pouls régulier, bien frappé, rapide, bat à 120. Les muscles de la paroi abdominale sous-ombilicale sont nettement contracturés. Ventre de bois ne respirant pas. La palpation est douloureuse, surtout en bas et à droite. Matité hépatique conservée. Au T-V : col de situation normale. Empâtement des culs-de-sac latéraux. Douleurs très vives au niveau du Douglas. Arrêt des matières et des gaz.

Intervention le jour même à 21 heures, soit 6 heures après le début présumé des accidents.

A. G. Ether. Incision, Médiane sous-ombilicale. Ventre plein de pus. On dégage l'épiploon adhérent et on se porte immédiatement vers le pelvis d'où vient le pus en grande abondance. On trouve à droite un volumineux pyosalpinx du diamètre d'un poignet. Sur la face antérieure existe une perforation ovalaire dont le pourtour est sphacélé. La trompe de même que l'intestin sont recouvert de fausses membranes. Les annexes droites semblent très adhérentes. A gauche, pyosalpinx volumineux mais tout aussi

fixé. On fait une salpingo-ovariectomie bilatérale de bas en haut, en respectant l'utérus. Drainage du Douglas par gros tube et mèche. Fermeture en un plan aux bronzes.

Suites opératoires : le 2^e jour émission spontanée des gaz. Le 3^e jour apparition d'un point de côté sous mammaire droit avec dyspnée et pouls rapide. Morphine et toni-cardiaque. On pense à une embolie pulmonaire. Pas de crachat hémoptoïque. Tout rentre dans l'ordre dans 48 heures. Mais 5 jours après reprise plus faible de ces accidents qui seront le prélude d'une phlébite gauche qui, malgré l'hirudinisation évolue normalement. La suppuration abdominale a été légère. La plaie se referma complètement le 32^e jour. La malade quitta l'hôpital le 31 juillet.

Revue le 17 octobre dernier en excellent état. Pas d'éventration ; aucune douleur.

OBSERVATION XVI (Docteur CAZALIS)

Madame C..., 35 ans a eu un accouchement normal en 1919. Depuis plusieurs années elle souffre du ventre, ses règles sont normales, mais elle a des pertes blanches par période. Elle a été soignée en 1930 par des crayons radifères.

Le 15 juillet 1931 ses douleurs abdominales deviennent plus violentes, les pertes blanches irrégulières.

A l'examen : adiposité marquée. Au T-V on trouve un utérus un peu gros, fixé avec les masses annexielles bilatérales. Un col avec granulation, surtout à la lèvre antérieure. Il y aurait nécessité d'opérer, mais la malade refuse l'intervention. Nous la revoyons le 6 novembre 1931. Depuis quelques jours elle perd du sang mélangé de pus, mais sans souffrir. Son état fébrile est progressif. Elle présente un ventre ballonné de péritonite. Au T-V les culs-de-sac sont bloqués. Nous pratiquons l'opération d'urgence en raison des signes de péritonite.

Anesthésie au Balsoforme.

Incision de Pfannenstiel. A l'incision on trouve un liquide purulent dans le péritoine, grosses masses salpingiennes, pavillons des trompes fermés. Hystérectomie subtotale. 3 drains après lavage à l'éther.

La malade sort guérie le 27 novembre 1931.

OBSERVATION XVII (Docteur CAZALIS)

Madame S..., âgée de 32 ans que nous avons soignée il y a deux ans pour une salpingite droite accompagnée d'une arthrite gonococcique nous fait appeler, le 16 novembre 1933, pour des douleurs violentes dans le côté droit du ventre, ayant débutées quelques heures auparavant. Syndrome de péritonite généralisée. Transportée immédiatement en Maison de Santé, elle est opérée six heures après le début des phénomènes douloureux.

Anesthésie générale à l'Ether.

Incision de Pfannenstiel. Dès l'ouverture du péritoine apparition de pus libre, abondant. L'exploration de l'appendice est négative. L'appendice un peu rouge, mais n'expliquant pas la péritonite est enlevé. Dans le petit bassin nous trouvons un gros hydrosalpinx droit adhérent, mais paraissant peu enflammé, tandis qu'à gauche existe une salpingite non kystique, du volume du petit doigt, et par l'orifice abdominal de laquelle s'écoulent des gouttes de pus verdâtre. Utérus normal.

Hystérectomie subtotale par hémisection. En raison du suintement des adhérences pelviennes nous mettons en place un drainage à la Mickulicz. Ether dans le péritoine. Sort guérie le vingtième jour.

CONCLUSIONS

L'inoculation du péritoine par une infection salpingienne peut se faire par plusieurs mécanismes, chaque variété ou chaque stade évolutif des salpingites y propage son infection suivant un mécanisme particulier :

Les salpingites kystiques inoculent le péritoine par rupture traumatique, ou par perforation infectieuse de leurs parois. Les salpingites purulentes, par perforation infectieuse de leur parois.

Les salpingites interstitielles peuvent, par contiguïté, et probablement par le mécanisme de la lymphangite trans-pariétale infecter la grande séreuse abdominale.

Aussi les péritonites aiguës d'origine salpingienne, qui ont pu être comme des accidents rares, tant qu'elles n'ont été attribuées qu'aux ruptures traumatiques des pyo-salpinx, ont elles été reconnues plus fréquentes, lorsque on a vu que l'inoculation du péritoine pouvait se faire par perforation infectieuse de la paroi de la poche purulente. Nous voyons leur fré-

•

quence augmenter encore si l'on fait entrer dans le cadre de ces péritonites, celles où l'infection de la grande séreuse s'est faite par l'issue du pus à travers le pavillon non oblitéré des trompes enflammées, ou au contact d'une salpingite aigüe.

Toutes manœuvres thérapeutiques, dilatation du col, ventouses de Bier, sur le col, curage digital, ou curettage instrumental, radiothérapie à doses massives, application intempestive de traitement électrologique sur le col doivent être bannies au cours des salpingites qui ne relèvent que du traitement chirurgical, ou strictement médical : glace, vaccinothérapie.

L'examen clinique de ces malades et surtout le toucher vaginal combiné au palper doit être pratiqué avec une très grande prudence et une très grande douceur.

Le diagnostic positif de cet accident se fera sur l'interrogatoire découvrant des troubles utéro-annexiels antérieurs ou contemporains, accompagnés de douleurs violentes réveillées par le toucher dans le Douglas, chez une femme présentant par ailleurs des signes de péritonite. Les diagnostics différentiels à écarter étant : la pelvi-péritonite aigüe, l'appendicite aigüe, la grossesse extra-utérine avec hémato-cèle pelvienne.

Le pronostic dépend de la précocité de l'intervention et de la forme clinique de la salpingite. Les plus

bénignes étant les péritonites dues à un écoulement de pus à gonocoque à travers le pavillon non oblitéré des trompes, ainsi que celles dues à une rupture traumatique des anciennes salpingites kystiques à pus stérile; les plus graves, celles provoquées par une perforation infectieuses d'un pyo-salpinx réchauffé ou par une salpingite gangréneuse et perforante.

Le traitement des péritonites par issue de pus gonococcique à travers l'ostium abdominale se bornera à drainer la péritonite par Mickulicz, ou par tube, en laissant en place des organes qui pourront dans la suite récupérer leur fonction. Le traitement des autres formes, péritonites par rupture ou par perforation de pyosalpinx comprendra nécessairement la suppression de la cause et le drainage de la péritonite. L'opération « pathogénique et minima » s'inspirera du précepte « ablation génitale minima, mais nécessaire », le drainage par tube sus-pubien étant dans ce cas préféré au Mickulicz.

Vu : le Doyen de la Faculté,
G. ROUSSY

Vu : le Président de thèse,
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARAN. — (Leçons cliniques).
- ARNAUD. — Traitement des péritonites diffuses aiguës. (Thèses Lyon, 1911).
- BAILLAT ET MOREL. — Salpingites purulentes ouvertes librement dans la cavité péritonéale. (*Bull. Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie*. Paris, 1926, T. XV, N° 8, p. 543).
- BARDEL. — (Thèse Paris, 1883).
- BAISH. — Die operative Behandlung der diffusen speziell puerperalem peritonitis (*Munch mediz Wochenscher*. 12 Septembre 1911, p. 1994).
- BAUER. — *Archives für Klinische chirurgie*. (T. XCVI facs. 4).
- BERNUTZ. — (Leçons cliniques).
- BLOCH ET SOUPAULT. — Trois cas de péritonites aiguës d'origine utéro-annexielle. (*Paris med.* 1923, XIII N° 8, p. 183).
- BOLDT. — *American journal of Obstetrics*. (Vol. XXII 1889, N° 3).
- BONNEY. — Spontaneous ruptures of pyo-salpinx into the general peritoneal cavity, Producing accute dif-

fuse péritonite. (*Surgery Gynec. Obst.* T. IX. Nov. 1909, N° 5, p. 542).

BONNHOURE ET BAILLAT. — Rupture de pyo-salpinx en péritoine libre (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynec.* Paris 1924, p. 581, N° 13).

BOVEE. — (*Surg. Gynec. and Obst.* Avril 1910, p. 406).

BRICKNER. — La rupture des pyo-salpinx n'est pas un accident rare (*American journal of Obst. et Diseases of women and children.* T. LXVII, N° 5, Mars 1913, p. 995).

BRICKNER. — Péritonite diffuse par rupture de pyo-salpinx (*Surg. Gynec. Obst.* T. XIV, N° 5, Mai 1912, p. 474).

BRINDEAU. — Trois observations de salpingites ayant entraîné la mort à la suite d'avortement (*Soc. d'Obstétrique de Paris.* Séance du 16 Avril 1908, T. XI, p. 160, et *Annales de Gynec. et d'Obst.* 1908, p. 692).

BRUN. — (*Archives médicales d'Angers*, 1900. p. 4).

CHEVASSU. — Péritonite généralisée par rupture d'un abcès salpingien au cours de manœuvres abortives. (*Bull. et Memoires de la Soc. Anatomique de Paris.* Janvier 1910, p. 79).

CONSTANDULAKI. — (Thèse de Paris, 1930).

COSTANTINI ET SABADINI. — (*Bulletins et Mémoires de la Soc. Nationale de Chirurgie.* Séance du 28 Février 1934, N° 8, T. LX, 10 Mars 1934).

COSTANTINI. — Rupture de pyo-salpinx dans le péritoine. Péritonite suraigüe. Mort. (*Soc. Anatomique*, Paris, 7 Novembre 1913).

COTTE ET CHALIER. — (*Revue de Gynec. et de Chirurgie abdominale*. Août 1907, T. XI, p. 574).

DELBET. — (*Bull. de la Société Anatomique de Paris*, 1892, p. 300).

P. DELBET. — (Traité des suppurations pelviennes chez la femme).

DELEPINE. — Péritonites généralisées par rupture d'un pyo-salpinx droit. Opération. Guérison. (*Gynec. Obst.* An 1921, p. 76).

DESBONNETS. — Rupture et perforation de pyo-salpinx en péritoine libre (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec.* Paris 1930, p. 258).

DUBOUCHER ET LACROIX. — Perforation tubaire précoce en péritoine libre, au cours d'une salpingite aiguë. (*Bull. de Gyn. Obst.* 1925, N° 12, p. 203).

DUDLEY. — In Bonney.

DUPRÉ. — Rupture spontanée de pyo-salpinx. Trois cas de rupture de pyo-salpinx avec péritonite généralisée. (*Bull. Med. de Quebec*, Mars 1927, N° 3, p. 67).

DUVAL ET AMELINE. — Quatorze observations de Pyo-salpinx rompus dans le grand épiploon. 14 opérations. 13 guérisons. (*Bull. de la Soc. de Chir.* Paris, 1929, N° 25, p. 1070).

P. DUVAL. — Péritonites généralisées par rupture de Pyo-salpinx. *Bull. de la Soc. de Chir. Paris*. (*Complément de statistique*. 1934, 20 Janvier, N° 1, T. LX, p. 32).

ECHOLS. — Traumatic ruptures of pies tubes, causing diffuse peritonitis (*Surgery, gynecology, and obstetrics*. Décembre 1910).

FAURE ET SIREDEY. — Traité de Gynécologie. p. 660.

FLATAU. — Pyo-salpinx (*Munch Med. Wochenschrift*, 18 Octobre 1910, p. 2212).

GAILLARD ET CHAPUT. — Salpingite Eberthienne rompue et opérée d'urgence. Guérison (*Bull. et Mémoires de la Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*. Séance du 5 Novembre 1909, p. 502 et *Semaine Médicale*, 1909, p. 538).

GERSTER. — *Annals of chirurgy*. T. LI, Avril 1910).

GODARD. — Péritonite généralisée par perforation tubaire au cours d'une gonococcie aigüe. (*Gyn. et Obst.* 1925, p. 425).

GONSOLIN. — (Thèse Lyon 1908). Contribution à l'étude des péritonites généralisées par rupture de pyo-salpinx.

GUYOT, DUVERGY ET PRINCETEAU. — Pyo-salpinx ouverts dans le péritoine puis dans la vessie et le rectum. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* 1926, T. XV, N° 24, p. 132).

HALLER. — Deux cas de péritonite généralisée par rupture de pyo-salpinx (*Soc. des chirurgiens de Paris*, 20 Juin 1930).

HALPENNY ET GORREL. — Vingt-six cas de péritonite aigüe, diffuse, dont 4 par rupture de pyo-salpinx. (*Surgery, Gynecology, and Obstetrics*, Janvier 1911, T. XII, Fasc. I, p. 50).

HARTMANN. — Rapport au XXIV Congrès de l'Association Française de Chirurgie. (*Congrès de chirurgie*, Paris, 1911).

HIRSCHEL. — *Muenchener Medizinische Wochenschrift*.
T. LVII, 12 Avril 1910).

E. HOUËL ET H. EZES. — Péritonites post-abortum tardives ; drainage abdominal, Mikulicz à la phase pre-suppurative guérison. (*Soc. d'Obst. et de Gyn. Alger*, Séance du 15 Février 1930).

HUET. — A propos de la rupture des pyo-salpinx. (*Bull. et mémoires de la Soc. Nationale de Chirurgie*. T. LX, N° 2, p. 60, 1934).

HUET. — Rupture et perforation de pyo-salpinx en péritoine libre (*Journal de Chirurgie*, Février 1924, T. XXIII, N° 2, p. 123).

HULEUX. — (*Société Anatomique de Paris*. 1907, p. 683).

KRIEN. — De la rupture des salpingites purulentes simulant l'hématocèle. (Thèse Paris, 1898).

KRIES. — Rupture d'un pyo-salpinx, laparotomie. Guérison. (*Bull. Soc. d'Obst. Gyn. Paris* 1924, p. 471, T. XIII, N° 15 et *Gyn.* 1924, T. XXXIII, N° 9, p. 50).

F. LABADIE-LAGRAVE ET F. LEGUEU. — (Traité médico-chirurgical de gynécologie. F. Alcan, 1898).

LAFOURCADE. — (*Bull. et Mémoires de la Société de Chirurgie*, Mars 1911).

LAMOUREUX. — Les péritonites diffuses par rupture de pyo-salpinx. (*Archives générales de Chirurgie*, T. VI, N° 9, 25 Septembre 1912 et *Archives générales de Chir.* Janvier).

LAMOUREUX. — (Thèse Lille, 1912).

LAPEYRE. — Nouvelles observations de perforations, de ruptures de pyosalpinx en péritoine libre. (*Gyn. et Obst.* T. XVII, N° 4, Avril 1928, p. 304).

- LATZKO. — Diffuse eitrige peritonitis bei eitringen Adnex-tumoren (*Zentralblatt für Gynækol*, 6 Février 1909, p. 224).
- LAWSON-TAIT. — Maladie des annexes.
- LECÈNE. — Remarques sur le traitement des péritonites aiguës. (*Journal de Chir.* Octobre 1911. Paris, T. VII, p. 309).
- LEGUEU. — (*Presse médicale*, 1900, N° 2, p. 195).
- LEGUEU. — (*Comptes rendus de la Soc. d'Obstétrique Gynécologie et Pédiatrie de Paris*. 11 Mai 1903).
- LEJARS. — Notes sur les salpingites perforantes. (*Soc. d'Obst. de Gyn. et de Pédiatrie* Paris. Février 1905, p. 22, et *Presse méd.* 1900, N° 6, p. 37).
- LEJARS. — Rupture et perforations de pyo-salpinx. (*Semaine méd.* du 12 Avril 1911, T. XXXI, N° 15, p. 169).
- LEJARS. — Chirurgie d'urgence. (8^e édition 1921, p. 504).
- CH. LENORMANT ET R. KAUFMANN. — Contribution à l'étude de la rupture des pyo-salpinx. (*Presse med.* N° 61, 30/7/1927, p. 945).
- LE MONNIET-FAURE. — Péritonite par rupture de pyo-salpinx coïncidant avec un fibrome. (*Soc. de Chir. de Paris*, 29 Juillet 1910).
- LEROUX. — Péritonite puerpuerale guérie par incision précoce. (*Soc. d'Obst. et de Gyn.* Paris 1930, Février).
- LIGABUE. — Un moyen de prévenir la formation des adhérences péritonéales. Recherches expérimentales. (*Clinica Chirurgica*. T. XIX, N° 9).

- LINK. — Ruptures traumatiques de pyo-salpinx suivies de péritonites diffuses. (*Surgery, Gynecology and obstetrics*. T. XI, N° 6, p. 589. Décembre 1910).
- LUBKE. — Häufigkeit ursache, prognose un therapie der rupturierten adnextumorem. Thèse Hambourg 1923. (*Analyse der Zentralblattf Gyn.* 1924, p. 2423).
- LUTHEREAU. — Des ruptures de pyo-salpinx en péritoine libre. (*Comptes rendus de la Soc. Française de Gyn.* N° 7, Novembre 1934).
- LYNCH. — Rupture de pyo-salpinx. (*Boston M. et S. J.* 197, 1362-1363, Janvier 1928).
- MAC GLINN. — Péritonite aigüe généralisée consécutive à la rupture d'un pyo-salpinx. Juillet 1912 (*Chicago-médical Recorder*, T. VI, p. 324).
- MAC MONAGLE. — In Bonney.
- MAC LAREN. — In Bonney.
- MANN. — (*American Journal of obstetrics*. Octobre 1907).
- MARY. — Un cas de rupture de pyo-salpinx pendant l'accouchement. (Thèse de Paris, 1908).
- MICHON. — Statistique opératoire pour rupture de pyo-salpinx. (*Bull. et Mémoires de la Soc. Nationale de Chir.* 27 Janvier, N° 2, T. LX).
- MONDOR. — Diagnostics urgents. Abdomen (Masson 1933, p. 391).
- R. MORISON. — Discussion du LXXIX Congrès de l'Association Médicale Britannique.
- OLESON. — Two cases of general suppurating peritonitis following the rupture of a pyosalpinx (*Chicago Medical Recorder*, 1894, p. 324).

PICHEVIN. — Rupture des poches salpingo-ovariennes. (*Semaine Gynecologique*, 1908).

PLANSON. — Sur les péritonites par rupture de pyosalpinx. (*Soc. des Chirurgiens de Paris*. 4 Juillet 1930).

PORCHER. — Les accidents aigües de la tuberculose annexielle. (Thèse Lille, 1929).

POZZI. — Pathologie et traitement des maladies des ovaires. (Traité de Gynécologie II^e édition 1883, Traduction française).

PREVOST. — Thèse Lille, 1931.

PROUST ET MASCARENHAS. — Pyo-salpinx fissuré ayant déterminé une péritonite généralisée. Extirpation, drainage, guérison. (*Bull. et Mémoires de la Soc. Anatomique de Paris*. Mai 1909, p. 294).

QUENU ET CONSTANDULAKI. — Le traitement des ruptures de pyo-salpinx en péritoine libre. (*Bull. Médical*, 4 Octobre 1930).

REEB. — Perforation d'un pyo-salpinx suivie de péritonite opéré 12 heures après son début. (*Bull. de la Soc. d'Obst. Gyn. de Paris*, 1924, T. XIII, N^o 8, p. 706).

REEB. — Pyo-salpinx puerpuéral après avortement (*Bull. Soc. d'Obst et Gyn. Paris*, 1925).

REHM. — Rapport au Congrès des chirurgiens allemands. (Avril 1909).

E. REYMOND. — Bactériologie et anatomie pathologique des salpingo-ovarites. (Thèse 1895).

ROBB. — *The Lancet*, 1906.

- ROCHET. — Rupture spontanée d'un pyo-salpinx. (*Journal d'accouchement*. Liège, 1892).
- SABADINI. — Ruptures de pyo-salpinx en péritoine libre (*Revue de Chirurgie*, T. LXVI, 1928, N° 9, p. 642).
- SARTORIUS. — Ueber die operative Behandlung der perforierten pyo-salpinx. (*Inaug. Dissert.* Strasbourg, 1896).
- SAVARIAUD ET JACOB. — Pyo-salpinx rompu. Peritonite généralisée. Intervention. Guérison. (*Gyn. et Obst.* 1920, p. 127).
- SCHMID. — *Archiv. für klinische Chirurgie*. T. XCIV, fasc. I, 1910).
- SEGOND. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. (T. VIII, p. 224).
- SICHEL. — Pyosalpinx rompus (*Acad. de Méd. de New-York*, 25 Mars 1910).
- SNŔEK. — (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux*, 1926, T. XV, N° 24, p. 148 et 153).
- STONEX. — (*Journ. of Amer. Med. Ass.* Novembre 1911, p. 1684).
- THEILHABER. — (*Munch Mediz. Wochenschrift*, 1905).
- TOURNEUX. — Deux cas de rupture intrapéritonéale de pyo-salpinx. (*Toulouse Médical*, N° 7, 1^{re} Avril 1924, p. 201).
- VIOLLET. — Pyo-salpinx opéré en pleine péritonite diffuse avec occlusion. Ablation du pyo-salpinx, drainage abdominal, vaginal. Mikulicz. Guérison. (*Lyon Méd.* 1925, T. CXXXVI, p. 693-695).

VÆTZEL. — (Archiv. für Klinische Chirurgie, T. XC, fasc. III).

VOLTERRAIN. — L'Enterostomie dans les péritonites. (*Riforma medica*, T. XXVI, N° 8 et 9).

VON TARWORSKI. — Traumatisme cause d'éclatement des pyo-salpinx et de leur évacuation dans la grande cavité. (*Gynaecologische Rundschau*, T. VI, fasc. 13, 1912).

WITTEMBERG. — Ein fall v. pyo-salpinx suit perforation in die Bauchöle. (*Inaug. Dissert.* Tübingen, 1883).

WOOD. — Report of a case laparotomy for ruptures pyo-salpinx recovery (In Bonney).

YUNG. — *Boston med. et Surgical Journ.* 1905.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
--------------------	----

HISTORIQUE	14
------------------	----

CHAPITRE I

Etiologie	19
-----------------	----

Pathogénie	27
------------------	----

Anatomie pathologique	34
-----------------------------	----

CHAPITRE II

Symptômes	40
-----------------	----

Diagnostic	47
------------------	----

Pronostic	53
-----------------	----

CHAPITRE III

Traitement	56
------------------	----

CHAPITRE IV

Observations	66
--------------------	----

CONCLUSIONS	86
-------------------	----

BIBLIOGRAPHIE	89
---------------------	----

